



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال  
Health ... Smile ... Beauty

File No: .....

Date: 30/5/19

Date: 30/5/2019

File Number: 1052230

Patient Name: T.umbaita. Abdelkady كاتبة إبيمية عبد الهادي كاتبة إبيمية

اسم المريض: كاتبة إبيمية عبد الهادي كاتبة إبيمية

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 17/1/1966 Gender (الجنس): M / E

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): Egyptian

Occupation (الوظيفة): Teacher

Address (العنوان): El-Bahary

Phone No. (رقم الهاتف): 0564087343

E-MAIL: .....

How did you know about us: Inst.agg.aim

| التاريخ الطبي   |                                    |
|---|------------------------------------|
| Medical Condition   | الحالة الطبية                      |
| Recent or current drugs/Medical Treatment<br>هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟  | إذا كانت الإجابة نعم أكثر بالتفصيل |
| Corticosteroids/Immunosuppressant<br>هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟   | Yes<br>calcium & Multivitamin      |
| Allergies<br>هل لديك أي حساسية؟   | No                                 |
| Surgical Operations, Serious Illness<br>هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟   | No                                 |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease<br>جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | No                                 |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants<br>هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعةات للدم؟   | No                                 |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا (فقر الدم)   | No                                 |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other<br>أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى   | No                                 |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease<br>هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟  | No                                 |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems<br>هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟   | No                                 |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases<br>التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى   | No                                 |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other<br>قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟   | No                                 |
| Epilepsy, or any other neurological disease<br>هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟  | No                                 |
| Thyroid Diseases, Diabetes<br>هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟  | No                                 |
| Other conditions<br>هل تعاني من أي أمراض أخرى؟  | No                                 |
| HSV, HIV...etc  | No                                 |



### Medical Consent Form

- I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition which has been explained to me by the qualified physician
- I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.
- I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.
- I authorize my treating doctor to perform any procedures which are advisable in their professional judgment.
- I understand that no warranty or guarantee has been made to me as a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment.
- I understand that there are also risks and hazards to the performance of the diagnostic and/or surgical procedures.
- I realize that common surgical or diagnostic procedures are potential for an infection, swelling, bleeding, pain or allergic reaction.
- I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full before the completion of treatment.
- I consent that all medical history and information I provided in my medical file is true and I understand that any information I provide regarding my medical status will be kept confidential and anonymous.
- I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that this form has been fully explained to me and that I have read it and I understand its' content and I sign it with all my will.

I am fully aware that any payments is NON refundable

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: ... / ... / .....

### نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل،
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتاج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمته لي فتحي الملف صحيحة و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO'

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

**Public Data Verification report**

| File                         | Valid Signature? |
|------------------------------|------------------|
| Non-Modifiable Data (SF3)    | False            |
| Modifiable Data (SF5)        | False            |
| Holder Signature Image (SF7) | False            |
| Photography                  | False            |
| Home Address                 | False            |
| Work Address                 | False            |

**Card Holder Information**

|                 |                          |                   |                           |                   |                      |
|-----------------|--------------------------|-------------------|---------------------------|-------------------|----------------------|
| Name            | Thabita,Abdulhadi,,Katbe | IDN:              | 784196605869419           | Mother Name:      |                      |
| Name (Ar)       | ثبته,عبدالهادي,,كاتبه    | Card Number:      | 084215038                 | Mother Name (Ar): |                      |
| Title:          |                          | Nationality:      | SYR                       | Family ID:        |                      |
| Title (Ar):     |                          | Nationality (Ar): | الجمهورية العربية السورية |                   |                      |
| Issue Date:     | 07/07/2017               | Sex:              | F                         | Sponsor Type:     | 03                   |
| Expiry Date:    | 21/06/2019               | Date of Birth:    | 17/01/1966                | Sponsor Name:     | محمد صبحي شكيب قطايه |
| Marital Status: | 02                       | Husband IDN:      |                           | Sponsor Number:   | 05569548             |
| Residency Type: | 03                       | Residency Number: | 30119963065079            | Residency Expiry: | 21/06/2019           |
| ID Type:        | IL                       | Occupation:       | 99                        | Occupation Field: | 00                   |



Photo

Signature Image

شكيبه كاتبه

<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

5/30/2019



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,310.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003911)

Date:02-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002230 - SUBITA 0 - 971552121544

The sum of Dhs. Two Thousand Three Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 2,310.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Date: 02-06-2019

Cheque No.

Being DENTAL IMPLANT + VAT

Made by Rana

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1002230 - SUBITA 0 - 971552121544

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae  
www.omc1.ae