



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: ... 1002264

Date: 2/6/2019

Date: 2/6/2019

File Number: 1002264

Patient Name: Sameeha Shabbir

اسم المريض: سميرة شبيب

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / ... / ...

Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): ...

Occupation (الوظيفة): ...

Address (العنوان): ...

Phone No. (رقم الهاتف): 052-2444459

E-MAIL: ...

How did you know about us: ...

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	✓	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	✓	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	✓	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	✓	عَلِيَّة صِيْرِيَّة مَرْتَان
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميوعات للدم؟		
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) ، لوكميا (نقر الدم)		
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، المل، أمراض أخرى		
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		متألم في الدورة الشهرية
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء ، أي أمراض كبدية أخرى		
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		
Other conditions من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الحلا البسيط		



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 الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف 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 لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً 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 قدمته لدى فحفي للملف الصحية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا 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 بكمال ارادتي

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

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

التاريخ: ٢٠١٩ / ١١ / ٢٤

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (فصيلة الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History: التاريخ المرضي:	
Allergies: الحساسية	
Medications: الأدوية	
Pregnancy: الحمل	
Previous Surgeries, Hospitalization: عمليات سابقة ، احوال المستشفى	

Smoking (التدخين): Y / N Alcohol (الكحول): Y / N Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

اسم المريض: السيد / سري

FILE NO#:

PATIENT NAME:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
7/6/2019	masy hand bandy + medeat	3100		
	Insulat hand 3/2/13	3000 imp 1000 x 100		
3/6/2019	Fix masy hand bandy			

ملاحظات: more hand

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

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	Sameeha,Shabbir,,Ahmed	IDN:	784199613980293	Mother Name:	
Name (Ar)	سميحة شبيب احمد	Card Number:	084264442	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	BGD	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	بنغلاديش		
Issue Date:	09/07/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	01/07/2020	Date of Birth:	23/04/1996	Sponsor Name:	ابو احمد اسان الله
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	31911383
Residency Type:	03	Residency Number:	30120173019732	Residency Expiry:	01/07/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

6/2/2019



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,100.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003929

Date: 02-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002264 - SAMEHA 0 - 971522444459

The sum of Dhs. Three Thousand One Hundred Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 3,100.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Big ADVANCE FOR DENTAL TREATMENT

Made by Hiba

- 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

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,300.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003930)

Date: 02-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002264 - SAMEEHA SHABBIR - 971522444459

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 2,300.00

Bank:

Date: 02-06-2019

Cheque No.

Being 1 IMPLANT DONE WITHOUT VAT + INJECTION

Made by Hiba

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 : 1002264 - SAMEEHA SHABBIR - 971522444459

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

www.omc1.ae

ORCHID MEDICAL CENTER

APPROVAL REQUEST FOR LAB PROCEDURE

PATIENT NAME	OMC FILE #	TREATMENT TYPE	LAB NAME	LAB ORDER NO:	DATE OF ORDER	NO : TEETH	DR. SIGN	DT of ORDER RECD:BACK
SAMIDA		managed by	Crescent	291476	2/6/2019	1		

APPROVAL FROM MEDICAL CENTER

NAME & SIGNATURE

Hiba




مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 800.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004172)

Date:24-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002264 - SAMEEHA SHABBIR - 971522444459

The sum of Dhs. **Eight Hundred Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **800.00**

Bank: Cheque No.

Date: 24-06-2019

Being **MERRY LAND BRIDGE W/O VAT**Made by **Hiba**

- 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 : 1002264 - SAMEEHA SHABBIR - 971522444459

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