



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1002313

Date: 13/6/2019

Date: 13/6/2019

File Number: 1002313

Patient Name: Layla Al-Hasanat

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / ... / 1948 Gender (الجنس): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Palestine

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Sh. J

Phone No. (رقم الهاتف): 0569053958

E-MAIL: Suq Saleem @ yakoocem

How did you know about us:

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

خلع اسنان

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: 13/6/2019.

نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و الموقر،

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي 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 العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي. كما اتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.

و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي قضي الملف صحيحة و اتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بأكمل ارادتي

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

توقيع المريض / ولي الأمر لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

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 ، ادخال للمستشفى		
Smoking (التدخين) : Y / N	Alcohol (الكحول) : Y / N	Drugs (تعاطي العقاقير) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

13/6/2019
Dr. [Signature]
[Signature]
[Signature]

Doctor's Signature and Stamp

.....

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	Laila,I,M,,Alhassanat	IDN:	784194964041852	Mother Name:	
Name (Ar)	لايلي ايوان الحاصنات	Card Number:	092291384	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PSE	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	فلسطين		
Issue Date:	23/12/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	18/12/2019	Date of Birth:	01/01/1949	Sponsor Name:	ميرفت سليم حيريل الحصنات
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	74382149
Residency Type:	03	Residency Number:	20120183418281	Residency Expiry:	18/12/2019
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

6/13/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-004037

RECEIPT VOUCHER

AED 3,000.00

Date: 13-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002313 - LAILA 00. - 971504776567

The sum of Dhs. Three Thousand Only

By Cash **3,000.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR 6 DENTAL IMPLANT 2200*6 TOTAL AMOUNT 13200**

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

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



Layla Alhasanat Report

- 6 Implants placed on 13.6.2019 ~~in~~ in upper

Jaw arch

- 1 Implant (upper left premolar area) is placed in an unfavorable position and in very close proximity to neighbouring implant and using the implant is almost impossible due to depth and position

- 1 Implant (upper right molar) is in the sinus (Normal) but with signs of failure, patient advised to give implant more healing time before deciding that the implant failed.

ORCHID MEDICAL CENTER

MODE OF PAYMENT RECEIVED FOR LAB PROCEDURE

NO: TEETH	RATE / TEETH	TOTAL AMT OF TREATMENT:	ADVANCE COLLECTED	BASI	CARD	CHEQUE	BALANCE
6 Dental Implant	2200 / Per Tooth	13200	3000	/			

**BALANCE AMOUNT
INSTALLMENT DETAILS**

BANK NAME	DT: CHQ	CHQ #	INSTALLMENT AMT	REBEMENT DETAIL
EmiratesNBD	1-7-19	000001	2000	
~ ~	1-8-19	000003	2000	
~ ~	1-9-19	000004	2000	
~ ~	1-10-19	000005	2100	
~ ~	1-11-19	000006	2100	
			10200/-	
TOTAL			6000	

$$\begin{array}{r} 13200 \\ \underline{6 \text{ instalts. @ } 2200} \\ \text{Paid Cash} - 3000 - 13106 \\ \text{Cheq} - 6000 \\ \hline 9000 \end{array}$$

Balance = 4200 - 16th June
 will be received as cheq

13-6-19
 CHQ COLLECTED FROM FRONTDESK:
 NAME & SIGNATURE WITH DT:
 Received 4200 cheq


 16/06/19

2019/06/13

الموضوع: دفع شيكات.

انا الموقعة اناها السيدة/ ميرفت سليم جبريل الحسنات, رقم الهوية 784197840471508 لقد قمت بتسليم 5 شيكات لعلاج الاسنان في مركز اوركيد الطبي لوالدتي السيدة/ ليلي الحسنات رقم الهوية 784194964041852 وانا سأقوم بدفع الشيكات وتحمل كافة المسؤولية.

ميرفت سليم جبريل الحسنات





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,000.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004157)

Date: 23-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002313 - LAILA 00. - 971504776567

The sum of Dhs. Three Thousand 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 3,000.00

Bank: Cheque No.

Date: 23-06-2019

Being 6 DENTAL IMPLANT DONE BALANCE PAID BY CHEQUES

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 : 1002313 - LAILA 00. - 971504776567

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

www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,000.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004290)

Date: 02-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002313 - LAILA 00. - 971504776567

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 2,000.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Date: 02-07-2019

Cheque No.

Being CHQ NO:000001 DATE 1-7-2019 ENBD

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 : 1002313 - LAILA 00. - 971504776567

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

www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004696)

Date:08-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002313 - LAILA 00. - 971504776567

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **2,000.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. **000003**

Date: **08-08-2019**

Being **CHQ # 000003/01.08.2019/ENBD**

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 : **1002313 - LAILA 00. - 971504776567**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005051)

Date:10-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002313 - LAILA 00. - 971504776567

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **2,000.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. 000004

Date: 10-09-2019

Being **AGAINST CHQ NO 000004 DATED 1-9-2019 ENBD**

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 : 1002313 - LAILA 00. - 971504776567

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

tailer 1002313

byQ4mxYKFNZm+6IOFNHI



DUBAI MALL BRANCH



Date 01/10/2019 التاريخ

Pay against
this cheque

Orchid Medical Center

or bearer

Two Thousand One Hundred

Dirhams

Only

2100/-

درهم

MIRVAT S J ALHASSANAT

A/C No. 1015523526601

0260 0010 1552 3526 601

Signature(s)

Please do not write below this line

[Handwritten Signature]

التوقيع

يرجى عدم الكتابة تحت هذا الخط

000005: 10 26 20 28: 55 235 2660

[Handwritten Signature]

M A SECURITY PRESS



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-005586

RECEIPT VOUCHER

AED 900.00

Date: 19-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002313 - LAILA 00. - 971504776567**The sum of Dhs. **Nine Hundred Only**By Cash **900.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

sing **ADVANCE FOR DENTAL CROWNS + 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

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