



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1002314

Date: 13/6/19

Date: / / .....  
Patient Name: 1974/11/15 Rashid .....  
Date Of Birth: 1974/11/15 تاريخ الميلاد) Gender: M / F (الجنس)  
Nationality: فلسطين (الجنسية) Occupation: معلمة (الوظيفة)  
Address: شارع السحرية .....  
Phone No. (رقم الهاتف): 05-54807666  
E-MAIL: .....  
How did you know about us: .....

اسم المريض: رشيد راشد  
File Number: 1002314  
(الحالة الاجتماعية): .....  
Marital Status: .....  
Phone No. (رقم الهاتف): 05-54807666  
How did you know about us: .....

التاريخ الطبي Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
<b>Medical Condition</b> الحالة الطبية		
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 امراض؟		
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب		
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟		
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) (نقر الدم)، لوكيميا		
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى		
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟		
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى		
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟		
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟		
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟		
Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا السيط...etc		

### نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و  
أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي  
بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.  
أفهم 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 اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية  
المقدمة لي، كما أفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي  
المرضية.  
أفهم 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 الي مضاعفات  
كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام أو الحساسية  
أفهم 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 قدتم لي تقديمه للملف الصحية و  
أفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون  
موافقتي  
أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

### 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: ... / ... / .....

File No: .....

Date: / /

## Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....





REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO\*

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	Rashid,Musabeh,Rashid Musabeh,Alsuwaidi	IDN:	784196310637317	Mother Name:	Mariam
Name (Ar)	راشد مصباح راشد مسعود السويدي	Card Number:	092893458	Mother Name (Ar):	مريم
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	303000117
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	30/01/2019	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	10/02/2021	Date of Birth:	10/02/1963	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

6/13/2019



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004076)

Date:16-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002314 - RASHID ALSUWAIDI - 971504807666

The sum of Dhs. Two Thousand Two 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 2,200.00

Bank: Cheque No.

Date: 16-06-2019

Being 1 DENTAL IMPLANT

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 : 1002314 - RASHID ALSUWAIDI - 971504807666

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)

[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-004075

AED 4,982.50

RECEIPT VOUCHER

Date: 16-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002314 - RASHID ALSUWAIDI - 971504807666**The sum of Dhs. **Four Thousand Nine Hundred Eighty Two and Five Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **4,982.50 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: \_\_\_\_\_ Cheque No. \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**1g ADVANCE FOR 1 DENTAL IMPLANT 2200 + MIRYLAND BRIDGE 2650 + 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](mailto:info@omc1.ae)**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيبيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,782.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004174)

Date:24-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002314 - RASHID ALSUWAIDI - 971504807666

The sum of Dhs. Two Thousand Seven Hundred Eighty-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 2,782.50

Bank: Cheque No.

Date: 24-06-2019

Being MERRY LAND BRIDGE + 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 :1002314 - RASHID ALSUWAIDI - 971504807666

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)