



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 13/6/19

Date: ... / ... /

File Number: 1002319

إسم المريض:

Date: ... / ... /

Patient Name: Nissaf Sabah

Date Of Birth: 14/11/1978 (تاريخ الميلاد) : M x F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Saudi (الوظيفة):

Address (العنوان): ZUC Durr

Phone No. (رقم الهاتف): 0582649591

E-MAIL: inssid2@gmail.com

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؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي امراض؟	Yes	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لويميا (فقر الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من اي امراض بولية او تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، اي امراض معوية اخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري او امراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions HSV, HIV... etc هل تعاليت من أي امراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط 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 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 الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للعمليات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك أن 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي قسماً للملف الصحية و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا 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 بأكمل ارادتي

انا 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

الوزن (الوزن): Weight (kg):	Kg	الطول (الطول): Height (cm):	cm	نوعية الدم (نوعية الدم): Blood Type (Blood Type):
النبض (النبض): Pulse (ppm):	ppm	الضغط الدم (الضغط الدم): Blood Pressure (mmHg):	/	سكر الدم (سكر الدم): Blood Sugar (Blood Sugar):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى
Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (التدخين) : Y / N

التدخين الكحول (الكحول) : Y / N

العقاقير (العقاقير) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

10 X 2200 = 22,000
inputs

NO VAT

Denture X 3500 Upper & lower 2 | 3675
4 VAT

Extraction 6 X 300 = 1800 Free

Total = 25,675

CASH = 10,000

6 Cheques = 2612.50

32675

15/06/2019

Paid 7500
Blana 2500 ON Monday 17/06/2019
4 6 Cheques

Doctor's Signature and Stamp

Signature and Stamp area

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	Nissaf,,,Sidaoui	IDN:	784197964328088	Mother Name:	
Name (Ar)	نصاف بنت سيداوي	Card Number:	085587773	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	TUN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	تونس		
Issue Date:	05/10/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	25/09/2019	Date of Birth:	24/02/1979	Sponsor Name:	مدرسه الواكب فرع
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120172414740	Residency Expiry:	25/09/2019
ID-Type:	IL	Occupation:	2331	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

6/13/2019



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-004052

RECEIPT VOUCHER

AED 7,500.00

Date: 15-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002319 - ENSSAF 0 - 971582649591

The sum of Dhs. Seven Thousand Five Hundred Only

By Cash 4,500.00 / By Credit Card 3,000.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

1000 ADVANCE FOR 10 DENTAL IMPLANT *2200 =22000 + DENTURE*3500 UPPER AND LOWER =3675 TOTAL AMOUNT 25675

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-004077

RECEIPT VOUCHER

AED 2,500.00

Date: 17-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002319 - ENSSAF 0 - 971582649591

The sum of Dhs. **Two Thousand Five Hundred Only**By Cash **2,500.00** / 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 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

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 7,500.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004147)

Date:23-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002319 - ENSSAF 0 - 971582649591

The sum of Dhs. Seven Thousand Five 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 7,500.00

Bank: Cheque No.

Date: 23-06-2019

Being 10 dental implant + 6 teeth extraction free

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 : 1002319 - ENSSAF 0 - 971582649591

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,500.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004148)

Date: 23-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002319 - ENSSAF 0 - 971582649591

The sum of Dhs. Two Thousand Five 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 2,500.00

Bank: Cheque No.

Date: 23-06-2019

Being balance paid by cheques

Made by Hibba

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 : 1002319 - ENSSAF 0 - 971582649591

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

بنك أبوظبي التجاري
ADCB
ISLAMIC BANKING IBD - ABU DHABI MAIN, ABU DHABI
Date 01/11/2019
Pay against this cheque or the bearer
Dimams
Orchid Medical Center
Two Thousand Six Hundred ~~2612.50~~
Twelve & Fifty Fils Only
NISSAF SIDAQUI
10106915217001
Account No. 2003 101031 4669 154633
Signature
Please do not stamp over the line
رقم الحساب: 2003 101031 4669 154633

بنك أبوظبي التجاري
ADCB
ISLAMIC BANKING IBD - ABU DHABI MAIN, ABU DHABI
Date 01/12/2019
Pay against this cheque or the bearer
Dimams
Orchid Medical Center
Two Thousand Six Hundred ~~2612.50~~
Twelve & Fifty Fils Only
NISSAF SIDAQUI
10106915217001
Account No. 2003 101031 4669 154633
Signature
Please do not stamp over the line
رقم الحساب: 2003 101031 4669 154633

بنك أبوظبي التجاري
ADCB
ISLAMIC BANKING IBD - ABU DHABI MAIN, ABU DHABI
Date 01/08/2019
Pay against this cheque or the bearer
Dimams
Orchid Medical Center
Two Thousand Six Hundred ~~2612.50~~
Twelve & Fifty Fils Only
NISSAF SIDAQUI
10106915217001
Account No. 2003 101031 4669 154633
Signature
Please do not stamp over the line
رقم الحساب: 2003 101031 4669 154633

ORCHID MEDICAL CENTER

MODE OF PAYMENT RECEIVED FOR LAB PROCEDURE

NO: TEETH	RATE / TEETH	TOTAL AMT OF TREATMENT:	ADVANCE COLLECTED	CASH	CARD	CHEQUE	BALANCE
10 X Implant Denture X3500 Extraction 6 tooth X300	2200 2200/Implant 3675 1800	25675	10000	—			

INSTALLMENT DETAILS
ALANCE AMOUNT

BANK NAME	DT: CHQ	CHQ #	INSTALLMENT AMT	CHQ REPLACEMENT DETAILS
ADCB	1-8-19	000012	2612.50	
✓	1-9-19	000011	2612.50	
✓	1-10-19	000010	2612.50	
✓	1-11-19	000009	2612.50	
✓	1-12-19	000008	2612.50	
✓	1-1-20	000007	2612.50	
TOTAL				15675

collected
23/06/19

CHQ COLLECTED FROM FRONT DESK:
NAME & SIGNATURE WITH DT:
17-6-19

Orchid Medical Center

Two Thousand Six Hundred #2612.50/-

Twelve & Fifty Fils Only -

NISSAF SIDAQUI
10106915217001



0000008:2003101031:4669154633

Orchid Medical Center

Two Thousand Six Hundred #2612.50/-

Twelve & Fifty Fils Only -

NISSAF SIDAQUI
10106915217001



0000007:2003101031:4669154633

أنا السيدة / نضاف بنت محمد مهدي هويدي هوية رقم 784-197964328088
لقد انتصت من جميع الملاحات من مركز أوركيد الطبي وعلى ذلك تم دفع مبلغ 10,000 درهم فقط للملاحات التي قدمت من قبل المركز وعلى ذلك طبت استرداد المبلغ المتبقى لاستكمال علاجي المتبقي من مركز آخر .
ولقد استلمت جميع الشيكات الأصلية من مركز أوركيد الطبي ولا أطلبهم بأي شيء منكم .

نضاف بنت محمد مهدي هويدي

01/07/2019



Orchid Medical Center

2612.50

Two Thousand Six Hundred Twelve & Fifty Fils Only

NISSAF SIDAQOI 10106915217001

Signature

0000 2003 10103 4669 54633

Orchid Medical Center

2612.50

Two Thousand Six Hundred Twelve & Fifty Fils Only

NISSAF SIDAQOI 10106915217001

Signature

0000 2003 10103 4669 54633

Orchid Medical Center

2612.50

Two Thousand Six Hundred Twelve & Fifty Fils Only

NISSAF SIDAQOI 10106915217001

Signature

0000 2003 10103 4669 54633

Orchid Medical Center

2612.50

Two Thousand Six Hundred Twelve & Fifty Fils Only

NISSAF SIDAQOI 10106915217001

Signature