



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1.002341

Date: 18/6/19

Date: 18/6/2019 File Number: 1.002341

Patient Name: Abdalla Ahmed Mohamed Abusalih

إسم المريض:

Date Of Birth: 1/1/1955 Gender: (M) F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Married

Nationality (الجنسية): Sudanese Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): S. harrajah... A. Lqassemah Phone No. (رقم الهاتف): 0505881875

E-MAIL: s.khalid1980@gmail.com How did you know about us:

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	Mefenamin Aspirin Glimepiride
Allergies هل لديك أي حساسية؟	sinusitis
Surgical Operations, Serious Illness هل اجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	X
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	X
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مبيعات للدم؟	Hypertensive
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) ، لوكميا (نقر الدم)	X
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة نفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	X
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	X
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي موانع للحمل؟ هل تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	X
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	X
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	Gastritis
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	X
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	Diabetic
Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الحلا البسيط	X



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 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 نتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون ممسحة الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو القرح أو النزيف أو الالام 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 لدي فتحي الملف صحياً و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإطلاع 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 دون السن القانونية):

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، الخال 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

Treatment Plan خطة العلاج

- patient came to remove mobile tooth 76 with severe bone resorption and gingival recession with avery big swelling on the buccal side.

Doctor's Signature and Stamp



REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQXO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Abdalla,Ahmed,Mohamed,Abusalih	IDN:	784195540307402	Mother Name:	Hajowa
Name (Ar)	عبدالله احمد محمد ابوسالحي	Card Number:	091362034	Mother Name (Ar):	هجرة
Title:		Nationality:	SDN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	السودان		
Issue Date:	21/10/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	17/10/2021	Date of Birth:	01/01/1955	Sponsor Name:	الصلوات للخدمات القوية لخدمات
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120187442000	Residency Expiry:	17/10/2021
ID Type:	IL	Occupation:	2413	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

6/18/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004098)

Date: 18-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002341 - ABDULLAH O - 971503620057

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **200.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 18-06-2019

Being **Extraction**

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 : 1002341 - ABDULLAH O - 971503620057

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