



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 20/06/2019

File Number: 1002364

Date: ... / ... /
Patient Name: Dhiya Teaki
إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 5/1/1969
Gender (الجنس): M / F
Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Iraq
Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 0505040102

E-MAIL:

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؟		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 تعاني من أي أمراض؟		No
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		No
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميوجات للدم؟		Yes/No
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)		No
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى		No
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو الأمراض بولية أو تناسلية؟		No
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		No
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		No
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		No
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		No
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟		No
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV... etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط		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 الاضافية 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 لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الإخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الإخطار 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 التزيف 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 قمته لي فتحني الملف صحيحة 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 دون السن القانونية):

التاريخ: / ... /
١٩٠٦٢٠١٩

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

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تعاوي العقاقير) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

- ① RCT For 61
- ② Extraction of 18
- ③ composite Filling s-

Doctor's Signature and Stamp

Dr. 

.....

2364

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	Dhiya,Taki,Jabir,Al Sarrai	IDN:	784196958246207	Mother Name:	
Name (Ar)	ذياء تقي جابر السرايه	Card Number:	088439929	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRQ	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	السراق		
Issue Date:	02/04/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	31/03/2021	Date of Birth:	05/06/1969	Sponsor Name:	شركة السراق التجاريه -جافزا
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120057010840	Residency Expiry:	31/03/2021
ID Type:	IL	Occupation:	1229	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

6/20/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-004751

RECEIPT VOUCHER

AED 250.00

Date: 14-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002364 - DEYAA 0 - 971505040102

The sum of Dhs. Two Hundred Fifty Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 250.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Doing RCT FIRST SESSION

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 أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 600.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005007)

Date:07-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002364 - DEYAA 0 - 971505040102

The sum of Dhs. Six Hundred Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 350.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 250.00

Bank: Cheque No.

Date: 07-09-2019

Being RCT + COMPOSITE FILLING

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 : 1002364 - DEYAA 0 - 971505040102

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005008)

Date: 07-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002364 - DEYAA 0 - 971505040102

The sum of Dhs. **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 **200.00**

Bank: Cheque No.

Date: 07-09-2019

Being

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 : 1002364 - DEYAA 0 - 971505040102

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