



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 3 / 7 / 19

Date: ... / ... /

File Number: 1002448

Patient Name: Maya Alaa Al-Hawrani

اسم المريض: ميارا علاء الحوراني

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1/10/80

Marital Status: (الحالة الاجتماعية) M / F

Nationality (الجنسية): فلسطينية

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 06.7475798

E-MAIL: R.G.A.D.A.M.9.3.2.4.10.0.C.Hqw

How did you know about us:

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

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

أتفهم 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 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لري قنحي للملف صحيحة و تفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ينبغي سرياً تماماً ولا 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 بكامل ارادتي

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

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

التاريخ: ... / ... /

محرره نور كمال

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

On Smile only lower teeth can see

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية:

Medications الأدوية:

Pregnancy الحمل:

Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة، ائصال المستشفى:

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

OPG Showy Retainers $\frac{EDC}{E}$ $\frac{CDF}{E}$

Diagnosis التشخيص

Retrusion Maxilla & in crossbite
Reverse 2.3 mm Overjet
Prognathic Mandible
Sk. Class III Malocclusion
Mixed Dentition.

خطة العلاج
Treatment Plan

3/7/2019 E.O - Concave profile of Mrs 10yr girl
long face. competent lip

I.O - On last pane
Sk. Class II with Retrognathic
Maxilla & prognathic Mandible
3mm Reverse Overjet

Advice - OPG
L+ Ceph

✓ Upper Expansion appliance
Transverse & Sagittal
with hook for Delam

✓ Delaine's appliance

NV - photo, Impression

TE Cost = 3000 AED
for 1 yr.

Doctor's Signature and Stamp

REDAD DATA
cAEAlOEBA83ODQyMl

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	Maya Ala Tawfik,,,Khalil Elhourami	IDN:	784200982872549	Mother Name:	
Name (Ar)	مينا علاء توفيق,,,خليل الحوراني	Card Number:	087601485	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	10/02/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	05/02/2020	Date of Birth:	21/10/2009	Sponsor Name:	علاء توفيق خليل الحوراني
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	10990083
Residency Type:	03	Residency Number:	20120093140331	Residency Expiry:	05/02/2020
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

بلا توقيع / امضاء / No signature

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

7/3/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004615)

Date:03-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002448 - MAYA ALAA - 971567470798

The sum of Dhs. One Thousand Fifty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,050.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 03-08-2019

Being braces first payment + 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

Confirmed by : 1002448 - MAYA ALAA - 971567470798

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