



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 7 / 7 / 19

Date: 07/07/2019

File Number: 1002469

Patient Name: .....

إسم المريض: .....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد) 08 / 07 / 1987 Gender (الجنس) : M / (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): .....

Name: .....

Address (العنوان): .....

Phone No. (رقم الهاتف): .....

E-MAIL: .....

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 حديثاً؟	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 تعاطى 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 مميعات للدم؟	NO	
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكميا (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 السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	NO	
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض 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: 01.07. / 2019

### 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 إي ضمانات أو نتائج للعلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات 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 لى قد بقي السلف صحيحة و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر ان 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 هم دون السن القانونية):

التاريخ: 01.07. / 2019

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):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ادخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

*Dr. Dabiq*

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
<u>7/7/2019</u>	- Free consultation For veneers			<u>Dr. Daker</u>
<u>8/7/2019</u>	- preparation of <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">10</span> teeth For veneers.  - shade BL2/ Impression + Bida			<u>Dr. Daker</u>
<u>13/7/2019</u>	- Cementation of 20 tooth Veneers of Lower			<u>Dr. Daker</u>
	- Impression For upper Veneers of	1000		<u>Dr. Daker</u>
	$\begin{array}{r} 5 \\ \hline 5 \end{array}$ teeth	5% Discount		
		<del>2112019</del>		
		<del>1310112019</del>		
<u>16/7/2019</u>	Cementation of 5/5 veneers.			<u>Dr. Daker</u>

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**

<b>Name</b>	Mouna,,, Ouni	<b>IDN:</b>	784198763969460	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	منى بنت ابراهيم العوني	<b>Card Number:</b>	089524968	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	TUN	<b>Family ID:</b>	
<b>Title(Ar):</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	تونس		
<b>Issue Date:</b>	13/06/2018	<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	09
<b>Expiry Date:</b>	11/06/2021	<b>Date of Birth:</b>	28/07/1987	<b>Sponsor Name:</b>	مستشفى الدكتور سليمان الحبيب-منجنية دبي الطبية
<b>Marital Status:</b>	01	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	00
<b>Residency Type:</b>	07	<b>Residency Number:</b>	20120187294861	<b>Residency Expiry:</b>	11/06/2021
<b>ID Type:</b>	IL	<b>Occupation:</b>	97	<b>Occupation Field:</b>	00



Photo

Signature Image

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

7/7/2019



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-004337

RECEIPT VOUCHER

AED 2,625.00

Date: 07-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002469 - MOUNA OUNI -- - 971554300117

The sum of Dhs. Two Thousand Six Hundred Twenty Five Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 2,625.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Being ADVANCE FOR 10 TEETH VENEERS 500 PER UNIT + VAT TOTAL AMOUNT 5000 + 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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-004383

RECEIPT VOUCHER

AED 997.50

Date: 13-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002469 - MOUNA OUNI -- - 971554300117

The sum of Dhs. **Nine Hundred Ninety Seven and Five Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **997.50 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

g **ADVANCE FOR 2 TEETH VENEER 950 5% DISCOUNT + 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 أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,625.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004382)

Date:13-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002469 - MOUNA OUNI -- - 971554300117

The sum of Dhs. Two Thousand Six Hundred Twenty-Five 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 2,625.00

Bank: Cheque No.

Date: 13-07-2019

Being PAID PAID 2625 AND THE REST BY ONE CHEQUES DATED ON 10-9-2019 AMOUNT 2625 + 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 : 1002469 - MOUNA OUNI -- - 971554300117

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

Veneer Treatment Form

طلب تركيب فينير الاسنان

Colour Been Chosen ..... BL2 ..... اللون الذي تم اختياره.....

Design Been Chosen ..... Normal ..... التصميم الذي تم اختياره.....

Quantity Agreed to Order..... العدد المتفق على تركيبه.....

Notes:..... ملاحظات أخرى:.....

I have read and agreed to the mentioned specifications above and Orchid Medical Center is not responsible of any change that not matching the above mentioned Specs.

لقد قرأت ووافق على المواصفات التي تم الإشارة إليها في هذه الورقة و أخطي مسؤولية مركز اوركيدي الطبي من أي تغيير لا يطابق المواصفات المشار إليها.

Patient Name: ..... MOUNA OUNI ..... اسم المريض: .....

Date: 13 / 7 / 2019 التاريخ: 2019 / /

Signature: ..... التوقيع: .....





