



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 17, 2019

Date: ... / ... /
Patient Name: Jouri Taha
Date Of Birth: 1978 / 01 / 05 Gender: M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): متزوج
Nationality: (الجنسية): عراقية Occupation:
Address: (العنوان): السارية... المختار Phone No. (رقم الهاتف): 050513193
E-MAIL: noor.maher@o.g.com How did you know about us: near about

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

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: .../.../...11



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 انه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الاجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين نتائج العلاج و الاجراءات الطبية أو التحضيرية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون محتملة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو القزوم أو النزيف أو الالم 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 صحيحة و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا القرار 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: ... / ... / ...

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 ، ابحال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO

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	Noor,Maher,Ismael,Al Dulaimi	IDN:	784199121396131	Mother Name:	
Name (Ar)	نور ماهر اسماعيل الدليمي	Card Number:	088650942	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRQ	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	العراق		
Issue Date:	17/04/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	15/04/2020	Date of Birth:	05/02/1991	Sponsor Name:	مطه جميل عبدالله عبدالله
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	18677650
Residency Type:	03	Residency Number:	20120183258269	Residency Expiry:	15/04/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

7/11/2019

Piercing Consent Form

Clinic Name: ORCHID TAHA
Clinic Address: SHARJAH City: _____ Country: _____
Customers Name: _____
Date of Birth: 12/5/19 if under 24 months old, had their vaccination shots: Y N
Customer Address: _____

Mobile: 0501513193 E-mail: _____
Sterilization Lot Number: 4714 Product Code: 75816004

Exp: Nov 2024

I hereby authorized to have my / my child / my grandchild _____ to be pierced, I have read and understand the following information which is very important in limiting or reducing post piercing problems during aftercare. By my signature below, I declare the following:

- I / He / She is not under the care of Medical Doctor/s for any medical condition or otherwise prohibiting from piercing procedure.
- I / He / She do not suffer from Diabetes, Epilepsy, Hepatitis, HIV / AIDS, Hemophilia, Dizziness or any heart condition, further not under the influence of regular prescribe medications such as blood thinning medication.
- I am not under the influence of drugs or alcohol. I am not pregnant.
- I have been informed about the piercing procedure and given a copy of piercing after care instructions, which I have read and understand. I understand that after piercing care procedure varies depending on whether the piercing is of the ear lobe / ear cartilage / nose or belly / naval. I have noted the differences.
- I understand that the possibility of infection may exist due to improper hygiene, metal sensitivity or other causes, however the most common is due to a failure to carefully follow to recommend After Care Procedure.
- I understand and accept that ear piercing in the ear cartilage may carry a greater possible risk of redness, swelling and infection due to the nature of piercing the area of the ear and I knowingly accept this risk.
- I understand that due to the nature of the piercing, exposure of newly pierced area to certain environments such as swimming and participation in athletic events (exercising) may increase the likelihood of infection.
- I will follow Piercing after Care Procedure.
- In case of belly/naval piercing, I am aware that my skin/ body may reject the foreign metal causing for piercing to close.
- I am over the age of _____ or consent on behalf of a minor, under the age of consent, that I am the parent or legal guardian of such minor understand that a minor signing as commits an act of fraud.

By signing this Piercing Consent Form, I hereby acknowledge that I understand the AFTERCARE procedure and the risk of infection. Knowing the risks, I consent to having my/ daughter / son _____ pierced by a medical professional of this clinic and as consideration for the clinic agreeing to pierce my ~~careless~~ _____ and to the extent permissible by law I willfully assume all responsibility for injury or loss, of any kind, that may be associated with this piercing procedure. If signing as parent or legal guardian on behalf of a minor, I will hold myself liable and will indemnify the clinic and its staff/s, manufacturer, importers, distributor, promoters and will further understand that making a false statement constitutes an act of fraud.

Customer/ Parent/ Legal guardian Signature (if customer is under the legal age, this must be signed by the parent or legal guardian) _____ Date: 10/7/19
Medical Professional: _____ Date: _____

Signature back side.



Clinic file copy, keep safe for customer records, attached products sterilization reference h.



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004372)

Date: 11-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002493 - JOURI TAHA - 971501513193

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

By Cash **105.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 11-07-2019

Being **EAR PIERCING + vat**

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 : 1002493 - JOURI TAHA - 971501513193

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