



File No: ١٥٥٢٤٩٩

Date: / /

Date: ١٩٧٠٢٥٩ File Number: ١٥٥٢٤٩٩  
Patient Name: Mahmoud Am Al...  
Date Of Birth: ٥٧/١٢/١٩٩٩ Gender (M / F) Marital Status: (الحالة الاجتماعية)  
Nationality (الجنسية): (الوظيفة):  
Address (العنوان):  
E-MAIL: Mahmoud@Reser.com

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



### 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 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 اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مساحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و اسرك 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فتصلي الملف الصحية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون مراقفتي
- 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: 18 / 08 / 2018

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Irregular teeth

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، أمحال للمستشفى

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

1- Mesio palatal rotation  
mild crowding  
6/6 not erupting  
Class I Molar  
Overjet overbite normal.

29/1/2024

## Treatment Plan خطة العلاج

- ① Scaling + polishing
- ② 7 Composite Fillings.

Orthodontic (→)

Non Extraction  
8-10 Months  
Metal braces 3500  
Retention 700

  
29/9/2018.

Doctor's Signature and Stamp

Dr. Dahig

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



PATIENT NAME: **Mahmoud,  
AL Ghirbawi**

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
<u>16/7/2019</u>				
	Scaling & polishing	150		<u>Dr. Dake</u>
		+		
	[4] Composite fillings.	600		<u>Dr. Dake</u>
	4 x 150 = 600			
	Total	750		
<u>18/7/2019</u>				
	[4] composite fillings.	600		<u>Dr. Dake</u>
	4 x 150 = 600			
<u>28/9/2019</u>	Upper Bonding done in 070 Slot Right - 014 Thermal Nitri	1000		
	014 upper Nitri	300		
	NU - Lower bonding must			
<u>20/11/2019</u>	lower bonding done	300		









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**

Name	Mahmoud, A.M., Algharbawi	IDN:	784199472105172	Mother Name:	
Name (Ar)	محمود عبد الحفيظ محمد الغرابوي	Card Number:	087731343	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PSE	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	فلسطين		
Issue Date:	15/02/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	13/02/2020	Date of Birth:	07/12/1994	Sponsor Name:	رايسر (ش د م م)
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120172764407	Residency Expiry:	13/02/2020
ID Type:	IL	Occupation:	05	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

7/18/2019



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 757.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004411)

Date: 16-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002499 - MAHMOUD ABDEL LATIF - 971559798541

The sum of Dhs. Seven Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 757.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date: 16-07-2019

Being SCALING & POLISHING + 4 Composite Filling 1 Surface + 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 : 1002499 - MAHMOUD ABDEL LATIF - 971559798541

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 600.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004421)

Date: 18-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002499 - MAHMOUD ABDEL LATIF - 971559798541

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 600.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 18-07-2019

Being 4 Composite Filling

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 : 1002499 - MAHMOUD ABDEL LATIF - 971559798541

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

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005234)

Date: 28-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002499 - MAHMOUD ABDEL LATIF - 971559798541

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:

Date: 28-09-2019

Cheque No.

Being **BRACES DOWN PAYMENT + 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 : 1002499 - MAHMOUD ABDEL LATIF - 971559798541

**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

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005788)

Date:02-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002499 - MAHMOUD ABDEL LATIF - 971559798541

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **315.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 02-11-2019

Being **BRACES FOLLOW UP + 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 : 1002499 - MAHMOUD ABDEL LATIF - 971559798541

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



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006247)

Date:30-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002499 - MAHMOUD ABDEL LATIF - 971559798541

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 315.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 30-11-2019

Being

Made by Reem

- 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 : 1002499 - MAHMOUD ABDEL LATIF - 971559798541

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

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-006813)

Date: 30-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002499 - MAHMOUD ABDEL LATIF - 971559798541

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **315.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 30-12-2019

Being **BRACES FOLLOW UP + 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 : 1002499 - MAHMOUD ABDEL LATIF - 971559798541

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





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007386)

Date:01-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002499 - MAHMOUD ABDEL LATIF - 971559798541

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 315.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 01-02-2020

Being 1 follow up + vat

Made by Reem

- 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 : 1002499 - MAHMOUD ABDEL LATIF - 971559798541

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