

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 of 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 اي ضمانات او تأمين لتتبع العلاج و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

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

و ادرك ان بعض الاجراءات 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 لي قمتي للملف الصحية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية 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 (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

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

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، الدخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

المصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /


Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

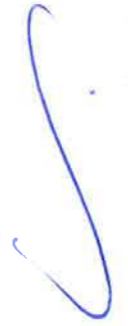
.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
28-7-2019	سحب حصب لسن فية 2-1-3	450		Dr. Amira
	 <p> د. اميرة حسن Dr. Amira Hassan ممارس عام - طبيب استاذ عام G.P. General Dentist مركز الأوركيذ الطبي MOH License No.: D57288 Orchid Medical Centre </p>			
	9 وجه لده ورج السنه بسب الخراج تم فتح فية صغرة و تنظيف ع طول ماني وصغار تنوي			
	3/7/2019			
	تفريغ الخراج بمحلول مطهر			
	الجلسة الثانية 8-8-19			P. Amira
	21/8/2019			
	Fairad. (الجلسة الثالثة)			

د. اميرة حسن
 Dr. Amira Hassan
 ممارس عام - طبيب استاذ عام
 G.P. General Dentist
 MOH License No.: D57288
 Orchid Medical Centre



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	Faisal, Alawi, Hussein, Alawi	IDN:	784197997603572	Mother Name:	
Name (Ar)	فيصل, علوي, حسين, علوي	Card Number:	088621711	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	YEM	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	اليمن		
Issue Date:	16/04/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	10/04/2020	Date of Birth:	01/02/1979	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120142192677	Residency Expiry:	10/04/2020
ID Type:	IL	Occupation:	96	Occupation Field:	00

ايه نسي تي بي ار او لخدمات متلقيه المعاملات
شخص

Photo



Signature Image

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

7/29/2019



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 450.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004535)

Date:29-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002574 - FAISAL ALAWI - 971526060153

The sum of Dhs. **Four Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **450.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 29-07-2019

Being **RCT**

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 : 1002574 - FAISAL ALAWI - 971526060153

**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-004750)

Date:14-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002574 - FAISAL ALAWI - 971526060153

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

By Cash 200.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 14-08-2019

Being RCT

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 : 1002574 - FAISAL ALAWI - 971526060153

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