



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 31 / 7 / 19

Date: ... / ... / .....

File Number: 1002599

Patient Name: Latifa Saad

اسم المريض: لطيفة سعيد

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 20/1/1983

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): M (F)

Nationality (الجنسية): الإمارات

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Al-Sayid

Phone No. (رقم الهاتف): 0526668282

E-MAIL: bntayed12@hotmail.com

How did you know about us: my friend

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

### 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 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 والتي 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 التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تقوي الي 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 لدي فتحي للملف الصحية و أتفهم ان أي 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 بأكمل ارادتي

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

توقيع المريض / ولي الأمر (لمن هم بون 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 (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination


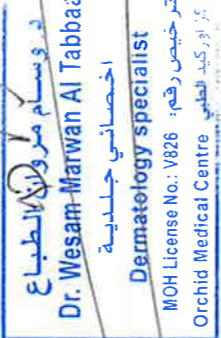
الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

خطة العلاج Treatment Plan

5 5 5 5 2  
 5 10 5 7  
 5 10 5 7  
 5 5

5

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
31-7-2019	scaling + polish	150		
	2 composit	30		D.A.
3-8/2019.	Veneer prep. 19 teeth			
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">                     د. اميرة حسن                      Dr. Amira Hassan                      ممارس عام - طبيب اسنان عام                      G.P General Dentist                      ترخيص رقم: D57288                      مركز اوركيذ الطبي Orchid Medical Centre                 </div>			
10/8/19.	Cemention Veneer 19 tooth			P.S. Amira
10/8/19.	meso face (calowasul + CH 0.5) + dysport (0.65)	840		
	next app: 24/8 : fu + Meso plan: lips filler			
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">                     د. وسام مروان الطباع                      Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa                      اختصاصي جلد                      Dermatology specialist                      ترخيص رقم: V826                      مركز اوركيذ الطبي Orchid Medical Centre                 </div>			



دولة الإمارات العربية المتحدة

United Arab Emirates



Driving License

رقم الترخيص

501984

الجنسية

W. O. AHMED S. M. S.

تاريخ الميلاد

23-01-1980

تاريخ الانتهاء

21-07-2021

تاريخ الإصدار

20-07-2021

جهة الإصدار

SHARJAH



ش. م. أحمد س. م. س.

SHARJAH

501984





مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,297.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004574)

Date:31-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002599 - LATTEFA SAEED - 971556668282

The sum of Dhs. One Thousand Two Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 1,297.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 31-07-2019

Being 1 SESSION CARBON PEELING + 1 SESSION MESO FACE + 1 SESSION PRO FACIAL + VAT +2 COMPOSITE FILLING + SCALING AND POLISHING + VAT

Made by Hibba

- 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 : 1002599 - LATTEFA SAEED - 971556668282

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 3,412.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-004635

Date: 04-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002599 - LATTEFA SAEED - 971556668282

The sum of Dhs. **Three Thousand Four Hundred Twelve and Five Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **3,412.50 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Being **advance for veneer 6500 + 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

AED 882.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004719)

Date:10-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002599 - LATTEFA SAEED - 971556668282

The sum of Dhs. **Eight Hundred Eighty-Two Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **7.50** / By Credit Card **874.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 10-08-2019

Being **BOTOX + 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 : 1002599 - LATTEFA SAEED - 971556668282

---

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**

Veneer Treatment Form

طلب تركيب فينير الاسنان

Colour Been Chosen ..... B12. اللون الذي تم اختياره.....

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

Quantity Agreed to Order ..... 19 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 أوركيد الطبي من أي تغيير لا يطابق المواصفات المشار إليها.

Patient Name: Lalifa Saeed.

اسم المريض: لليفة سعيد.

Date: 10/18 /2019

التاريخ: 2019 / 10 / 18

Signature: [Signature]

التوقيع: [Signature]






# AL THURIA DENTAL LAB

Where Beautiful Smiles Begin

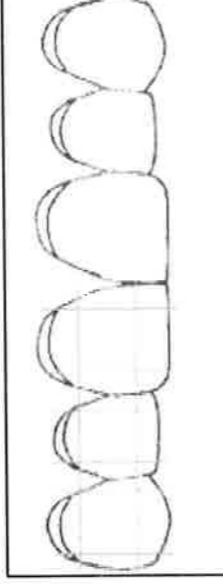
1002599

<b>Case/ Order Number</b>		<b>R</b>	<b>Teeth</b>	<b>L</b>
		4321	12345	
		54321	12345	

<b>Received</b>	<b>Due</b>	<b>Doctor</b>	<b>Clinic</b>
04/08/2019 06:47 AM	08/08/2019 6:47	dr.amira	orchid medical centre - 90
<b>Patient</b>	<b>File No.</b>	<b>Mobile No.</b>	
latifa	1002599		

<b>Restorations</b>	Veneer
<b>Metal Design</b>	
<b>Pontic Design</b>	
<b>Occlusal Staining</b>	
<b>Implant</b>	
<b>Items Sent</b>	
<b>Other</b>	

<b>Shade</b>	BL2
<b>Incisal</b>	
<b>Body</b>	
<b>Gingival</b>	



NO SMILE PATTERN SELECTED

**Notes** Please keep this copy for warranty certificate. Valid until 5 years.

**ORCHID MEDICAL CENTER**

**MODE OF PAYMENT RECEIVED FOR LAB PROCEDURE**

*Latifa 1002599*

NO: TEETH	RATE / TEETH	TOTAL AMT OF TREATMENT:	ADVANCE COLLECTED	CASH	CARD	CHEQUE	BALANCE
<i>20 Teeth Veneer</i>	<i>325</i>	<i>6500</i>	<i>3412.5</i>				
			<i>12.50 Paid on 10-8-19</i>	<i>→ Cash</i>			

**BALANCE AMOUNT**

**INSTALLMENT DETAILS**

BANK NAME	DT: CHQ	CHQ #	INSTALLMENT AMT	CHQ REPLACEMENT DETAILS
<i>Emirates Islamic</i>	<i>1-9-2019</i>	<i>000129</i>	<i>1700/-</i>	<i>Two cheques Received 14/08/19</i>
<i>~ ~</i>	<i>1-10-2019</i>	<i>000130</i>	<i>1700/-</i>	

*14/08/19*  
*10-8-19*  
*Rane*

CHQ COLLECTED FROM FRONT DESK:

NAME & SIGNATURE WITH DT :

TOTAL *3400*



شيك  
CHEQUE

الإمارات الإسلامي  
EMIRATES ISLAMIC  
Business Banking

gw50AIdi2Aj21zDuHtpa

EI QASIMIYAH

Date ٢٠١٩ / ٩ / ١ التاريخ

Pay Against  
This Cheque to  
or Bearer  
ادفعوا بموجب هذا الشيك إلى  
أو لحامله

Dirhams  
مركز أوركيد الطبي  
حفظ ألت سيغات درهم لغير

د.ه.ه.  
AED #١٧٠٠ #

A C C ENGINEERING CONSULTANTS  
A/C No. 3707634996901  
AE42 0340 0037 0763 4996 901

مصرف الإمارات الإسلامي ش.م.ع.  
Emirates Islamic Bank P.J.S.C.

Do Not Write Below This Line لا تكتب تحت هذا الخط

Signature  
التوقيع

٠٠٠ ٠ ٢٩ ٠ ٧٠ ٣ ٤ ٣٠ ٠ ٣ ٧ ٠ ٠ ٧ ٦ ٣ ٤ ٩ ٩ ٦ ٩ ٠ ٠



شيك  
CHEQUE

الإمارات الإسلامي  
EMIRATES ISLAMIC  
Business Banking

4Vjb86P5NMh+T58gXtm3

EI QASIMIYAH

Date ٢٠١٩ / ٩ / ١ التاريخ

Pay Against  
This Cheque to  
or Bearer  
ادفعوا بموجب هذا الشيك إلى  
أو لحامله

Dirhams  
مركز أوركيد الطبي  
حفظ ألت سيغات درهم لغير

د.ه.ه.  
AED #١٧٠٠ #

A C C ENGINEERING CONSULTANTS  
A/C No. 3707634996901  
AE42 0340 0037 0763 4996 901

مصرف الإمارات الإسلامي ش.م.ع.  
Emirates Islamic Bank P.J.S.C.

Do Not Write Below This Line لا تكتب تحت هذا الخط

Signature  
التوقيع

٠٠٠ ٠ ٣٠ ٠ ٧٠ ٣ ٤ ٣٠ ٠ ٣ ٧ ٠ ٠ ٧ ٦ ٣ ٤ ٩ ٩ ٦ ٩ ٠ ٠



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,700.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004941)

Date:02-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002599 - LATTEFA SAEED - 971556668282

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **1,700.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. **000129**

Date: **02-09-2019**

Being **AGAINST CHQ NO:000129 DATED 1/9/2019 EIB**

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 : **1002599 - LATTEFA SAEED - 971556668282**

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