



File No:

Date: 3 / 8 / 19

Date: ... / ... /

File Number: 1002617

Patient Name: Zjena Tareq k.katab

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 18/5/2007 Gender (الجنس): M (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Syrian

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Sharjah

Phone No. (رقم الهاتف): 0557740966

E-MAIL: helena7a@icloud.com

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	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 تعاليت 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 (سرطان الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعالين 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 تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes ها، تعاليت من مرض السكر، أو الغدة الدرقية؟	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: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمع 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 ترويدي 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 أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية 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 تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو القوم أو النزيف أو الألم أو الحساسية

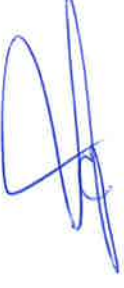
أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لني فتحي الملف 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 (دم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دم):	/	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 ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Class 2 Type 2 Monoclonal IgM
with mild upper prothrombin

318/2019
1420

Treatment Plan خطة العلاج

3500 + 700 Metal braces
Non Extraction

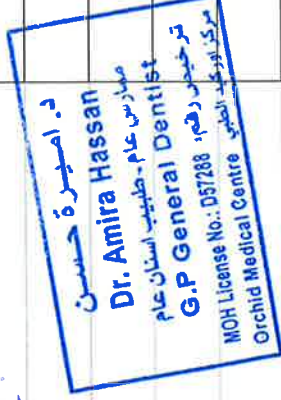
Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
7/8/2019	Impression & photo down upperbanding - our slot 012 Ni Si ligament	1000		
17/8/2019	2 composite filling 6/6			D. A. S.
22/8/19	2 GIC fillings: 6/6			
28/9/2019	ofico chery Atirah d	300		
29/9/2019	lower bonding Deno. + Reprod -014 wpr - 012 lowr	300		
26/10/19	016x022 wpr - 016 lowr	300		



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQyMl

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	Zenah,Tareq,,Khatab	IDN:	784200704765054	Mother Name:	
Name (Ar)	زينه طارق,,خطاب	Card Number:	092583185	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PSE	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	فلسطين		
Issue Date:	14/01/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	06/01/2021	Date of Birth:	18/05/2007	Sponsor Name:	هيلاين احمد زينه
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	49395237
Residency Type:	03	Residency Number:	20120183410545	Residency Expiry:	06/01/2021
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

بلا توقيع / امضاء<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

8/3/2019



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004687)

Date:07-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002617 - ZAINA KHATTAB - 971557740966**

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: Cheque No.

Date: **07-08-2019**

Being **BRACES FIRST PAYMENT + 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 : **1002617 - ZAINA KHATTAB - 971557740966**

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



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 300.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004777)

Date:17-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002617 - ZAINA KHATTAB - 971557740966

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **300.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 17-08-2019

Being **2 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 : 1002617 - ZAINA KHATTAB - 971557740966

**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-005231)

Date:28-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002617 - ZAINA KHATTAB - 971557740966

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: 28-09-2019

Being BRACES FOLLOW UP + VAT

Made by Hilba

- 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 : 1002617 - ZAINA KHATTAB - 971557740966

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



مركز أوركيڤد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006241)

Date:29-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002617 - ZAINA KHATTAB - 971557740966**

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: **29-11-2019**

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 : **1002617 - ZAINA KHATTAB - 971557740966**

**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-007870)

Date:26-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002617 - ZAINA KHATTAB - 971557740966

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: 26-02-2020

Being 1 SESSION 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 : 1002617 - ZAINA KHATTAB - 971557740966

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 150.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008131)

Date:11-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002617 - ZAINA KHATTAB - 971557740966

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **150.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 11-03-2020

Being **1 COMPOSITE FILLING + 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 : 1002617 - ZAINA KHATTAB - 971557740966

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