



File No: 1002633

Date: 05/8/2019

Date: 05/8/2019 File Number: 1002633  
Patient Name: Ritag Mohamed  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 08/09/88 Gender (الجنس): M / F  
Nationality (الجنسية): ..... Occupation (الوظيفة): .....  
Address (العنوان): .....  
E-MAIL: .....  
Phone No. (رقم الهاتف): 0506775735  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): .....  
How did you know about us: .....

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	نعم	حساسية من كورتيزون الجلب ومشتقاته
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	نعم	كويبة
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	-	حساسية كما ذكر أعلاه
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو امراض الغدة الدرقية؟	لا	



### 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 الانضائية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الاظطر و الخدمة الافضل.
- 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 نتائج العلاج 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 مصاحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب أو التورم 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 قمته لدي فتحتي الملف الصحية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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: ٠٤ / ٠٩ / ٢٠١٩

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Cannot close mouth  
Irregular upper anterior

Disease History: التاريخ المرضي:	
Allergies: الحساسية:	
Medications: الأدوية:	
Pregnancy: الحمل:	
Previous Surgeries, Hospitalization: عمليات سابقة، إدخال للمستشفى:	
Smoking (التبخين): Y / N	Alcohol (الكحول): Y / N
	Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

• ORL  
• Lt Ceph

الصور الشعاعية Radiography

Anterior  $\leftarrow$  ORL Ceph

التشخيص Diagnosis

14yr female  
Retained & mobile Ec  
Severe crowding of anterior (upper)  
4-5 mm openbite

Treatment Plan خطة العلاج

$1\frac{1}{2}$  to 2 yr TE time  
 4000 + 700 - for retainers (Metal braces)  
 After 6 months may be extraction or not after Evaluation  
 Adv Extraction of EC

[Signature]  
 5/10/2019

Doctor's Signature and Stamp

.....



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
5-8-2019	Extraction of 7			D. Abu
26/8/2018	Pt. Bring of 3, 4 Ceph Impression - photo done			
28/12/2019	Upper bandy from 421/124 - 014 Thermal Ni Ti	10000		
21/1/2020	411/14 4	300		
28/11/2019	421/124 - 012 Ni Ti Lyon 4			
28/12/2019	356 Bandy - 012 Ni Ti Nu. 5 1/2 Br. posh			
5-3-2020	EXT 4			D. Abu

د. اميرة حنين  
 Dr. Amira Hassan  
 ممارس عام - طب الأسنان عام  
 G.P General Dentist  
 ترخيص رقم: 057288  
 MOH License No.: 057288  
 مركز اوركيد الطبي  
 Orchid Medical Centre

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQyMI

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	Ritag Mohamed, Ali, Suleiman	IDN:	784200896954797	Mother Name:	
Name (Ar)	ريثاج محمد علي, سليمان	Card Number:	087506693	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SDN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	السودان		
Issue Date:	05/02/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	28/01/2020	Date of Birth:	20/09/2008	Sponsor Name:	محمد علي سليمان
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	05632704
Residency Type:	03	Residency Number:	30120083034923	Residency Expiry:	28/01/2020
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

No signature / بدون إمضاء

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

8/5/2019



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 100.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004653)

Date: 05-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002633 - RITAJ 00. - 971506775735

The sum of Dhs. **One Hundred Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **100.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**Bank: Cheque No. Date: **05-08-2019**Being **EXTRACTION**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 : 1002633 - RITAJ 00. - 971506775735

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004948)

Date:02-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002633 - RITAJ 00. - 971506775735

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

By Cash 1,050.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 02-09-2019

Being BRACES + 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 : 1002633 - RITAJ 00. - 971506775735

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 أوركيبيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005353)

Date:02-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002633 - RITAJ 00. - 971506775735**

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

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

Bank: Cheque No.

Date: **02-10-2019**

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 : **1002633 - RITAJ 00. - 971506775735**

**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-006194)

Date:28-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002633 - RITAJ 00. - 971506775735

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 28-11-2019

Being

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 : 1002633 - RITAJ 00. - 971506775735

**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-006771)

Date:28-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002633 - RITAJ 00. - 971506775735

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 28-12-2019

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 : 1002633 - RITAJ 00. - 971506775735

**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-008090)

Date:09-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002633 - RITAJ 00. - 971506775735

The sum of Dhs. **Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **315.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 09-03-2020

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 :1002633 - RITAJ 00. - 971506775735

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 أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007364)

Date:31-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002633 - RITAJ 00. - 971506775735

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 31-01-2020

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 : 1002633 - RITAJ 00. - 971506775735

---

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