مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 7 / 8 / 19

Date: ... / ... / ..... File Number: 100262

Patient Name: Batool Mahmoud إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد) : 1 / 1 / 57 Gender (الجنس) : M / (F) Marital Status:(الحالة الاجتماعية) Married

Nationality (الجنسية): Sudanese Occupation (الوظيفة) : Housewife

Address (العنوان) :..... Phone No. (رقم الهاتف): 0505658732

E-MAIL: Alzh How did you know about us: .....

Medical History التاريخ الطبي

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 اي علاجات حديثا؟	Yes	Amlodipine 10mg
Cortisteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات او مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious Illness هل اجريت أي عمليات جراحية او تعاني من اي امراض؟	No	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف او تتعاطى أي مميعات للدم؟	Yes	Hypertensive
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، ازمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من اي امراض في الكلى او امراض بولية او تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	NO	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى	NO	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	NO	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟	NO	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى او امراض الغدة الدرقية؟	NO	

مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

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 الافضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الاجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

اقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات و الاجراءات الطبية او 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 والاجراءات 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 لدى فتحي للملف صحيحة. 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

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: ... / ... / .....

Patient Assesment Form استمارة تقييم المريض

Vital Signs المؤشرات الحيوية

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History :التاريخ المرضي	.....
Allergies الحساسية	.....
Medications الأدوية	.....
Pregnancy الحمل	.....
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى	.....

Smoking (التدخين) : Y / N	Alcohol (تعاطي الكحول) : Y / N	Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

PATIENT NAME: **FILE NO#:**

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
	الجلسة الأولى			
	الجلسة الثانية			
19-8-2019	الجلسة الأخيرة			
3/9/19	Second visit - RCT			
9-9-2019	الجلسة الثانية	5		
14/9/19	- post and core done			

Dr. Amira Hassan
G.P General Dentist
MOH License No.: D57288
Orchid Medical Centre

Dr. Amira Hassan
G.P General Dentist
MOH License No.: D57288
Orchid Medical Centre

19/9/19 تحضير لعلاجة بوستيك
Core PFM

مـركـــز أوركـــيـــد الـــطـــبـــي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-004668

AED 250.00

RECEIPT VOUCHER

Date: 07-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002642 - BATOOL MAHMOUD - 971503620057**

The sum of Dhs. **Two Hundred Fifty Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **250.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

being **FIRST SESSION FOR 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

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

www.omc1.ae

مـركـــز أوركـــيـــد الـــطـــبـــي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-004793

AED 200.00

RECEIPT VOUCHER

Date: 19-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002642 - BATOOL MAHMOUD - 971503620057**

The sum of Dhs. **Two Hundred Only**

By Cash **200.00** / By Credit Card **0.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

:ing **LAST SESSION RCT**

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

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

مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-004959

AED 250.00

RECEIPT VOUCHER

Date: 03-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002642 - BATOOL MAHMOUD - 971503620057**

The sum of Dhs. **Two Hundred Fifty Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **250.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

being **ADVANCE FOR RCT FIRST SESSION**

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
www.omc1.ae

مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 550.00 **RECEIPT VOUCHER (No.REC-005043)** **Date:09-09-2019**

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002642 - BATOOL MAHMOUD - 971503620057**

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

By Cash **300.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **250.00**

Bank: Cheque No. Date: **09-09-2019**

Being **Root Canal Treatment**

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 : **1002642 - BATOOL MAHMOUD - 971503620057**

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

مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-005147

AED 262.50

RECEIPT VOUCHER

Date: 19-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002642 - BATOOL MAHMOUD - 971503620057**

The sum of Dhs. **Two Hundred Sixty Two and Five Fils Only**

By Cash **262.50** / By Credit Card **0.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

being **ADVANCE FOR PORCALINE CROWN 500 + 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

www.omc1.ae

مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 250.00 **RECEIPT VOUCHER (No.REC-005272)** **Date:29-09-2019**

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002642 - BATOOL MAHMOUD - 971505658732**

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **250.00**

Bank: Cheque No. Date: **29-09-2019**

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 : **1002642 - BATOOL MAHMOUD - 971505658732**

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-005274)** **Date:29-09-2019**

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002642 - BATOOL MAHMOUD - 971505658732**

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

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

Bank: Cheque No. Date: **29-09-2019**

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 : **1002642 - BATOOL MAHMOUD - 971505658732**

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

مـركـــز أوركـــيـــد الـــطـــبـــي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00 **RECEIPT VOUCHER (No.REC-005329)** **Date:01-10-2019**

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002642 - BATOOL MAHMOUD - 971505658732**

The sum of Dhs. **Five Hundred Twenty-Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **262.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **262.50**

Bank: Cheque No. Date: **01-10-2019**

Being **1 PORCALINE CROWN + 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 : **1002642 - BATOOL MAHMOUD - 971505658732**

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

مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006636

Date: 21-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002642 - BATOOL MAHMOUD - 971505658732**

The sum of Dhs. **Five Hundred Twenty Five Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **525.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

being **ADVANCE FOR 2 PORCALIN CROWN + VAT BALANCE 525**

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
www.omc1.ae