



File No:

Date: 10/8/19

Date: ... / ... / File Number: 1002671
Patient Name: اسم المريض: محمد الأصفيح اليواهيح محمد
Date Of Birth (تاريخ الميلاد) : ... / ... / Gender (الجنس) : M / F Marital Status(الحالة الاجتماعية):
Nationality (الجنسية) : Occupation (الوظيفة) : Sale
Address (العنوان) : Phone No. (رقم الهاتف) : 05691066026
E-MAIL: amehema33@gmail.com How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Medical Condition الحالة الطبية			
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	لا	لا	
Cortisteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	لا	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟			
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي امراض؟	لا	لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	لا	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا	لا	
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	لا	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	لا	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من اي امراض في الكلى او امراض بولية او تناسلية؟	لا	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟			
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى	لا	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	لا	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو اي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكرى أو امراض الغدة الدرقية؟	لا	لا	
Other conditions هل تعاليت من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc	لا	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 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 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 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 تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات الجراحية و العلاجية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فتحي الملف الصحية و أتفهم 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 بكمال ارادتي

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

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

شهادتي

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نمط 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 (تداعلي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO-

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Mohamed Elamin,Ibrahim,Mohamed,,Daoud	IDN:	784199205292768	Mother Name:	
Name (Ar)	محمد الامين ابراهيم محمد داود	Card Number:	083761529	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SDN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	السودان		
Issue Date:	04/06/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	31/05/2019	Date of Birth:	07/12/1992	Sponsor Name:	داون اندر بلانت التجاره العلميه ش.م.م
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120172300099	Residency Expiry:	31/05/2019
ID Type:	IL	Occupation:	05	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

8/10/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 682.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004728)

Date:10-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002671 - MOHAMMED EL AMIN - 971552589179**

The sum of Dhs. **Six Hundred Eighty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **682.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **10-08-2019**

Being **ZOOM WHITENING + 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 : **1002671 - MOHAMMED EL AMIN - 971552589179**

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