



File No: .....

Date: 22/8/19

Date: ... / ... / ..... File Number: 1002730  
Patient Name: Subheya Ibrahim اسم المريض: سبهيا إبراهيم  
Date Of Birth: 21/2/1959 Gender: M (F) الحالة الاجتماعية: (F)  
Nationality: ... (الجنسية): ... الوظيفة: ...  
Address: ... العنوان: ...  
E-MAIL: ... How did you know about us: .....

التاريخ الطبي Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟	نعم	Closofage
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تعاطى أي مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	نعم	منه /
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (نقر الدم)، لوكيميا	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، أمراض أخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تعاطين أي منع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	نعم	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HIV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	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 تزديتي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- 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 لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب 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 قدمت لي فتمحي لل ملف صحية. و أتفهم أن 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 دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / 20...

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

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

الملاحظات العامة والسريية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

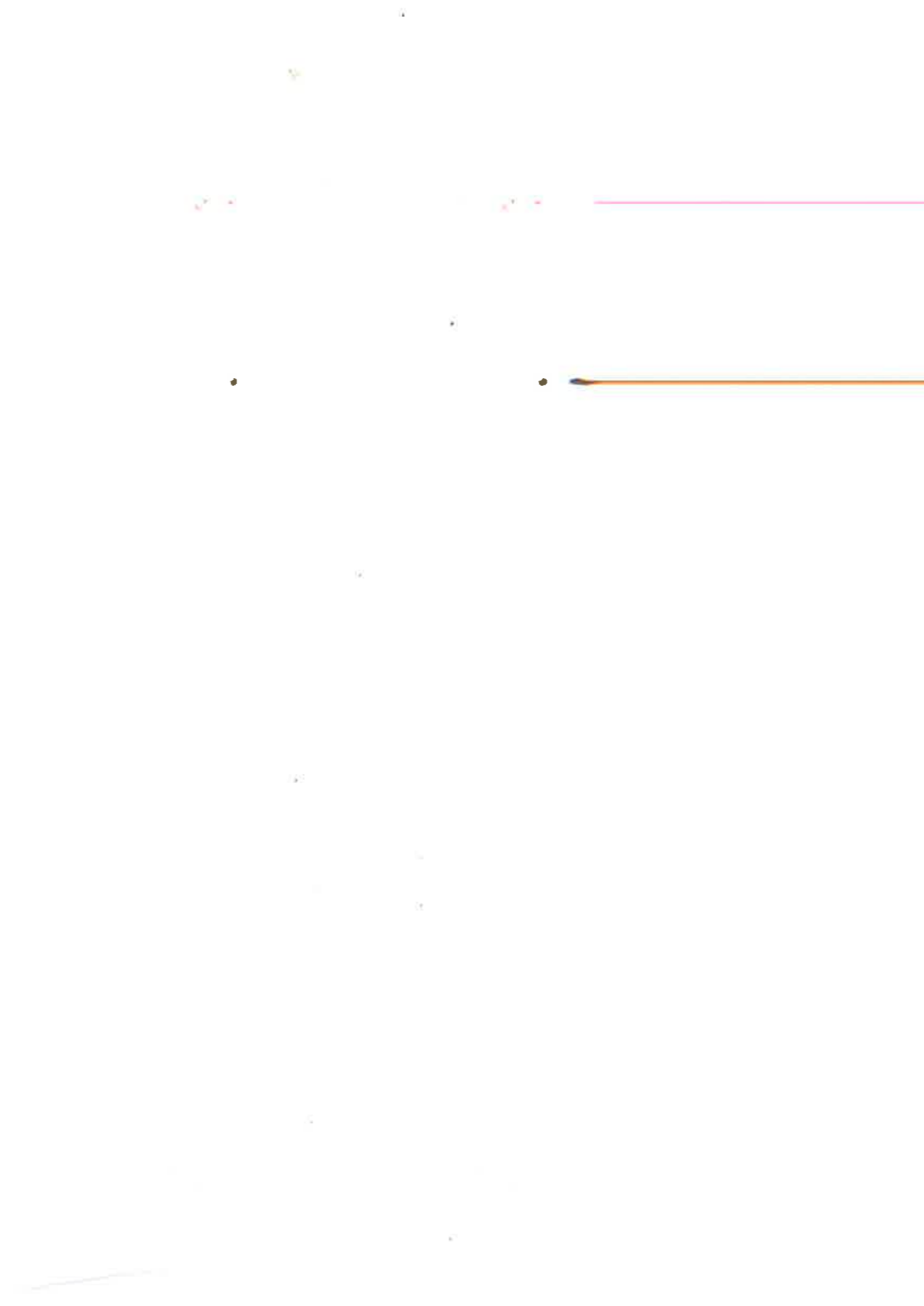
Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Blank lined area for writing the treatment plan.





Doctor's Signature and Stamp

.....




PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
22/8/19	Composite filling			 Dr. Amira Hassan ممارس عام - طبيب اسنان عام G.P General Dentist مركز اوركيد الطبي MOH License No.: D57288 Orchid Medical Centre
27.8.19	patient sent for O.P.G. to check second stage implant <del>check</del> and loading check on Rem			
	Availability for implant procedure			
20.12.19	RCT for 2 teeth 3 → there is abscess 1 + 2 visit			 Dr. Amira Hassan ممارس عام - طبيب اسنان عام G.P General Dentist مركز اوركيد الطبي MOH License No.: D57288 Orchid Medical Centre
	RCT 1 + 2 visit			
	we give her Antibiotic			
22.12.19	periapical infection still present patient sent back to finish RCT. Then Implant will be Done			 Dr. Amira Hassan ممارس عام - طبيب اسنان عام G.P General Dentist مركز اوركيد الطبي MOH License No.: D57288 Orchid Medical Centre
24.12.19	and visit 13 + 16			
16-11-2019	observation 13-16			
13-11-2019	إعادة سقو 13-16			 Dr. Amira Hassan ممارس عام - طبيب اسنان عام G.P General Dentist مركز اوركيد الطبي MOH License No.: D57288 Orchid Medical Centre
	23-1-2020 RCT			
	الكلية الثانية 1-19 5-2-2020 إعادة سقو الثانية 19			

  
 Dr. Amira Hassan  
 ممارس عام - طبيب اسنان عام  
 G.P General Dentist  
 مركز اوركيد الطبي  
 MOH License No.: D57288  
 Orchid Medical Centre

  
 Dr. Amira Hassan  
 ممارس عام - طبيب اسنان عام  
 G.P General Dentist  
 مركز اوركيد الطبي  
 MOH License No.: D57288  
 Orchid Medical Centre



REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO

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	Subhya,I B,,Badran	IDN:	784195961432465	Mother Name:	
Name (Ar)	صبحية ابراهيم بنوي بدران	Card Number:	090057687	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	18/07/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	14/06/2021	Date of Birth:	05/02/1959	Sponsor Name:	احمد شعبان محمود العلي
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	46806507
Residency Type:	03	Residency Number:	20120063062165	Residency Expiry:	14/06/2021
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

8/22/2019



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,100.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005592)

Date:20-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002730 - SUBHEYA IBRAHIM - 971553577876

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,100.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 20-10-2019

Being **Root Canal Treatment (More than One Canal)**

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 : 1002730 - SUBHEYA IBRAHIM - 971553577876

**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 3,800.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006031)

Date:19-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002730 - SUBHEYA IBRAHIM - 971553577876

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 3,800.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 19-11-2019

Being 2 theeth implant

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 : 1002730 - SUBHEYA IBRAHIM - 971553577876

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 525.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006118

Date: 24-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002730 - SUBHEYA IBRAHIM - 971553577876**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:

eing **4 UNIT BRIDGE + 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](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**