



File No:

Date: 28/1/19

Date: ... / ... /
Patient Name:
Date Of Birth (التاريخ الميلاد): ... / ... / Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): Occupation (الوظيفة):
Address (العنوان):
E-MAIL:

File Number: 1002756

اسم المريض: محمد مصطفى

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 0561769650

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؟	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 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 أو تتعاطى أي مبيعات للدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، انيميا (نقر الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي 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 تعاليت من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions هل تعاليت من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	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 أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و الموهول.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي بالعلاج الأمثل 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 لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التشخيصية 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 العلاجية و الجراحية.

و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي 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 قنحي للملف صحية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا 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: ... / ... /

كوكبة عبد الله

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (البروز): Weight	Kg	الارتفاع (الطول): Height	cm	نوع الدم (تصنيف الدم): Blood Type
النبض (البروز): Pulse	ppm	الضغط الدم (الضغط الدم): Blood Pressure	/	السكر الدم (السكر الدم): Blood Sugar

سبب زيارة المريض للمعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History	
الحساسيات: Allergies	
الأدوية: Medications	
الحمل: Pregnancy	
الجراحات السابقة، الإقامة بالمستشفى: Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة، إقبال للمستشفى	
التدخين (التدخين): Smoking	Y / N
الكحول (الكحول): Alcohol	Y / N
الأدوية (الأدوية): Drugs	Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

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, Farid, Bahmasawy,, Elsayed	IDN:	784198728038484	Mother Name:	
Name (Ar)	محمد فرید بهمنساری السيد	Card Number:	092299533	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	23/12/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	18/12/2020	Date of Birth:	13/07/1987	Sponsor Name:	اقان تجاره العطور ششم
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120182629280	Residency Expiry:	18/12/2020
ID Type:	IL	Occupation:	05	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

8/28/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00 No: REC-004869
RECEIPT VOUCHER Date: 28-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002756 - MOHAMMED ELSAYED - 971509656170**

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: Date:

Cheque No.

Being **RCT FIRST SESSION FOR FRONT TEETH 450 AED DISCOUNT 10% FROM DR AMIRA 405 BALANCE 205**

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 أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 405.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004985)

Date:04-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002756 - MOHAMMED ELSAYED - 971509656170

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

By Cash 205.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 200.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-09-2019

Being RCT 10 % DISCOUNT GIVEN FROM DR AMIRA

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 : 1002756 - MOHAMMED ELSAYED - 971509656170

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