



File No: .....

Date: 29/8/19

Date: ... / ... / .....  
File Number: 1002769  
Patient Name: YANHA SKHAIB.TAHA.G.HANAM.  
إسم المريض: .....  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 18/6/2011 Gender (الجنس): (M) / F (الحالة الاجتماعية): .....  
Nationality (الجنسية): Jor.dan. Occupation (الوظيفة): .....  
Address (العنوان): Al.majaz.3 - shorjah.  
Phone No. (رقم الهاتف): 05.193.8910  
E-MAIL: amaw.mislat@gmail.com  
How did you know about us: .....

التاريخ الطبي Medical History		
العلة 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؟		
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟		
Allergies هل لديك أي حساسية؟		
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟		
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميّعات للدم؟		
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، انيميا (نقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)		
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى		
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc		



### 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 وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل وخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي والتي 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 نتائج للعلاج و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان 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 قد بقي للملف صحية و اتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا القرار 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: ... / ... / .....

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، إقبال للمستشفى		
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (الكحول): Y / N	Drugs (المخدرات): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

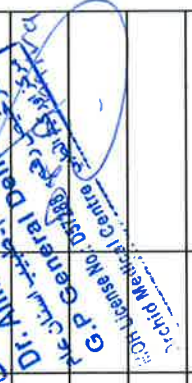


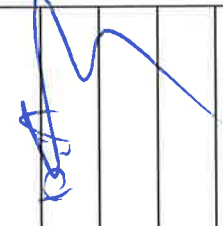
التشخيص Diagnosis





PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
29/8/19	Consultation. he is need RcT + treatment			 Dr. Amira Hassan G.P General Dentist Orchid Medical Centre MOH License No.: D57288
5-9-2019	لدره خراج تو سبب العصب وتفريغ الخراج ووضع مطهر جرح			 D.A
11/9/2019	الجله الاخره عيب			 D.A
14-9-2019	تغيير حجرة العصب التيه (وضع منها جزء صغير) رعاية الختوه			 D.A

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

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



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 450.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005063)

Date:11-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002769 - YAHYA SUHIB - 971501938910

The sum of Dhs. **Four Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **250.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **200.00**

Bank:

Date: 11-09-2019

Cheque No.

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 : 1002769 - YAHYA SUHIB - 971501938910

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



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQyMI

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	Yahya Suhib, Taha,, Ghannam	IDN:	784201104864158	Mother Name:	
Name (Ar)	يحيى صهيب طه,, غنام	Card Number:	093253304	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	JOR الأردن	Family ID:	
Title(Ar):		Sex:	M	Sponsor Type:	03
Issue Date:	20/02/2019	Date of Birth:	18/06/2011	Sponsor Name:	صهيب طه احمد غنام
Expiry Date:	18/02/2021	Husband IDN:		Sponsor Number:	18697370
Marital Status:	01	Residency Number:	30120113027625	Residency Expiry:	18/02/2021
Residency Type:	03	Occupation:	98	Occupation Field:	00
ID Type:	IL				



Photo

Signature Image

**بدون إمضاء / No signature**<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

8/29/2019