



File No.: 1002805

Date: 4 / 9 / 2019

Date: 4 / 9 / 2019 File Number: 1002805
اسم المريض:
Patient Name:
Date Of Birth: 28 / 6 / 1985 Gender: M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Married
Nationality: (الجنسية): Occupation:
Address:
E-MAIL:
Phone No. (رقم الهاتف): 0534565735
How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم النكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	No	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (نقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، أمراض أخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions فيروس الأبتز، فيروس الحلا البسيط etc	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: 4.14.17.2019

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 أموراً مختلفة عن ما نكر 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 لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام 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 قدمته لدي قنصحي اللطف صحيحة، و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار 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: / ... /

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، إدخال للمستشفى)		
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (الكحول): Y / N	Drugs (العقاقير): 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
4-9	خلع جزسي عجل 8/8	500 150		
				D.G.
		150		
	Discount 50% Total 150			
	 <p> د. اميرة حسن Dr. Amira Hassan ممارس عام - طبيب اسنان عام G.P General Dentist ترخيص رقم: D57288 MOH License No.: D57288 مركز اوركيذ الطبي Orchid Medical Centre </p>			
	خلع جزسي عجل			D.A.

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

United Arab Emirates دولة الإمارات العربية المتحدة
Driving License رخصة القيادة

WTSSA
Dubai Municipality

1942456

Name: Salem Osama Karbouj
Nationality: Syria
Date of Birth: 08/06/1985
Issue Date: 28/08/2013
Expiry Date: 28/08/2023
Place of Issue: Dubai

رقم الرخصة: 1942456
الاسم: سالم أسامة كربوج
الجنسية: سوريا
تاريخ الميلاد: 08/06/1985
تاريخ الإصدار: 28/08/2013
تاريخ الانتهاء: 28/08/2023
جهة الإصدار: دبي





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 150.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004965)

Date:04-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002805 - SALEM KARBOUJ - 971554565235

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **150.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Date: **04-09-2019**

Cheque No.

Being **Composite Filling + Extraction**

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 : **1002805 - SALEM KARBOUJ - 971554565235**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 150.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008404)

Date: 05-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002805 - SALEM KARBOUJ - 971554565235

The sum of Dhhs. One Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 150.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 05-04-2020

Being DENTAL EXTRACTION

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 : 1002805 - SALEM KARBOUJ - 971554565235

Tel : + 9716 555 8387, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae

Rana
05/04/2020