



File No:1002835

Date: 8 / 9 / 2019

Date: 8 / 9 / 2019 File Number: 1002835
Patient Name:M.Mohammed M.Khadher..... محمد بن محمد
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 30/3 /1974 Gender (الجنس): (M) / F (الحالة الاجتماعية):
Nationality (الجنسية):Libyan..... (الوظيفة):Dentist.....
Address (العنوان):Catskhala..... Phone No. (رقم الهاتف): 050-5870669
E-MAIL:Catskhala@hotmail.com..... How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
الطبعة 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 حديثة؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	نعم	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا	عكبة فتاف بتاريخ c.19 / 7 / 11
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميئات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو قنصلية؟	لا	
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، 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؟	لا	
Other conditions HIV... etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc	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 وأسمح للطبيب بملاح 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 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 نتائج للعلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للعوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان 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 الصحية و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً 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: 2019.9.8

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نمى الدم):
Pulse (النبس):	ppm	Blood Pressure (مفط الدم):	/	Blood Sugar (مكر الدم):

سبب زيارة المريض للميادة Chief Complaint

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

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

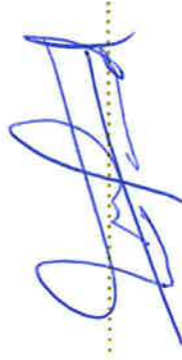
التشخيص Diagnosis

خطة العلاج Treatment Plan

8.9.2019

Consultation For Implant #19 , single Implant to Be placed
patient sent For O.P.G

Doctor's Signature and Stamp





PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
9.9.2019	تطعمه زينة 1 Dr	1000 ع.د		
10.9.2019	Implant placed with healing Abutment # 19 Neodent Implant 4 mm X 10 mm suture (2 single interrupted suture)	2200		
24.9.2019	suture Removed & Implant Follow up After P.A. taken Follow up After 1 month Follow up For Implant #19, 2 weeks apt. For Impression.			

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

REF: 109 983
LOT: 088328745
SIZE: 4 BX/10 MM
NEODENT
19
305 027 R&L 19
325 347 02

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

consultation
+ x ray

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQx0*

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	Mohamad,Ibrahim,,,Mkhadder	IDN:	784197427059858	Mother Name:	
Name (Ar)	محمد ابراهيم مختدر	Card Number:	089405558	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	LBN	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	لبنان		
Issue Date:	05/06/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	03/06/2021	Date of Birth:	30/03/1974	Sponsor Name:	القيادة العامة لشرطة دبي
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120007026812	Residency Expiry:	03/06/2021
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

9/8/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 500.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005029

Date: 09-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002835 - MOHAMMAD MKHADDER - 971557730067**

The sum of Dhs. **Five Hundred Only**

By Cash **500.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: _____ Cheque No. _____ Date: _____

Being **advance for 1 zircon crown 1000 + vat balance 550**

Made by **Hiba**

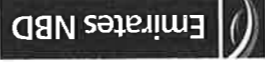
1 Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
.treatment includes lab cost is non-refundable.

3.After 48 hours No refundable accepted

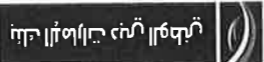
Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e – mail : info@omc1.ae

www.omc1.ae





AL QIYADAH BRANCH



Date 30-9-2019

Pay against

Orchid Medical Center

or bearer

او لأجله

Dirhams

One Thousand and one Hundred

AED 1100/-

MOHAMAD BRAHIM MRHADDER

A/C No. 1011052683801

AE74 0260 0010 1105 2683 801

Signature(s)

[Handwritten Signature]

Please do not write below this line

الرجاء عدم الكتابة أسفل هذه الخط

0000991:30 26 20 188:105 2683 801

MA SECURITY PAPER CASSETTE



مركز أوركيڤيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,100.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005050)

Date:10-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002835 - MOHAMMAD MKHADDER - 971557730067

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 10-09-2019

Being 1 DENTAL IMPLANT 1100 REST PAID BY CHQ NUMBER 000099

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 :1002835 - MOHAMMAD MKHADDER - 971557730067

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 945.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005112)

Date:16-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002835 - MOHAMMAD MKHADDER - 971557730067

The sum of Dhs. **Nine Hundred Forty-Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **445.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **500.00**

Bank: Cheque No.

Date: 16-09-2019

Being **ZIRCON CROWN + VAT 10 % DISCOUNT ESAAD CARD**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 : 1002835 - MOHAMMAD MKHADDER - 971557730067

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



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,100.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005187)

Date:24-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002835 - MOHAMMAD MKHADDER - 971557730067

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

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

Bank: Cheque No. Date: 24-09-2019

Being **PAID AGAINST CHQ NO 000099 DATED ON 30-9-2019**

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 : 1002835 - MOHAMMAD MKHADDER - 971557730067

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



AL QIYADAH BRANCH

Date 30-9-2019 التاريخ

Pay against this cheque or bearer

ادفعوا بموجب هذا الشيك

Orchid Medical Center

Dirhams One Thousand One Hundred only

AED 1100/- درهم

MOHAMAD I BRAHIM MKHADDER

A/C No. 1011052683801

AE74 0260 0010 1105 2683 801

Signature(s) Please do not write below this line

Handwritten signature

١٠٠٠٠٠٩٩:٣٠ ٢٦ ٢٠ ١٨٨:١١ ١٠ ٥ ٢ ٦ ٨ ٣ ٨ ٠ ١

Handwritten signature and text in Arabic: محمد إبراهيم السيد



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 270.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005377)

Date:05-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002835 - MOHAMMAD MKHADDER - 971557730067

The sum of Dhs. **Two Hundred Seventy Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **270.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 05-10-2019

Being **2 COMPOSIT FILLING 10 % DISCOUNT ESAAD CARD**

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 : 1002835 - MOHAMMAD MKHADDER - 971557730067

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 135.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005471)

Date:09-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002835 - MOHAMMAD MKHADDER - 971557730067

The sum of Dhs. **One Hundred Thirty-Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **135.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Date: 09-10-2019

Cheque No.

Being **1 dental composite filling**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 : 1002835 - MOHAMMAD MKHADDER - 971557730067

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 50.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005945)

Date:11-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002835 - MOHAMMAD MKHADDER - 971557730067**

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

By Cash **50.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **11-11-2019**

Being **TEMPORARY COMPOSITE FILLING**

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 : **1002835 - MOHAMMAD MKHADDER - 971557730067**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 945.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006564)

Date:17-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002835 - MOHAMMAD MKHADDER - 971557730067

The sum of Dhs. Nine Hundred Forty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash **445.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **500.00**

Bank: Cheque No.

Date: 17-12-2019

Being 1 ZIRCON CROWN + VAT 10 % DISCOUNT ESAAD CARD

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 : 1002835 - MOHAMMAD MKHADDER - 971557730067

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