



File No: 1002855

Date: 10/9/2019

Date: 10/9/2019 File Number: 1002855  
Patient Name: Eisa Al-Dah اسم المريض: عيسى عبد الله الداه  
Date Of Birth: 03/12/1978 Gender: M / F تاريخ الميلاد: 3/12/1978 الحالة الاجتماعية: متزوج  
Nationality: الامارات العربية المتحدة (الوطنية): الاماراتية Occupation: طبيب  
Address: Al-Waqf 2, Al-Khalifa 2, Doha, Qatar العنوان: Al-Waqf 2, Al-Khalifa 2, Doha, Qatar  
E-MAIL: eisaaladah@orchidmedical.com ميمو did you know about us: .....

التاريخ الطبي Medical History		
الحملة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتناول أي أدوية أو تطبق أي علاجات حديثة؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتناول أي ستروريدات أو مثبطات للمناعة؟	نعم	فروت هورمون
Allergies هل لديك أي حساسية؟	نعم	من الفصا
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتناول أي مميعات الدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا	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 تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتناولين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
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 السكر أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions: HIV, HSV, 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 القرار الطبي

- أوافق وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و  
العنصر.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي  
بالعلاج الأمثل والخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نكر في الفحص  
الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والعلاجات اللازمة والسطوية بحكم  
خبرته المهنية والعلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاج والجراءات الطبية أو التجميلية  
المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي  
المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار والمضاعفات التي قد تكون مصاحبة للعمليات والجراءات  
العلاجية والجراحية.
- و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية والعلاجية والجراحية 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 والتاريخ الطبي الذي قيمته لدي قمتي الملف صحيحة و  
أتفهم ان اي 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  
انني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و انني 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 (نصبة الدم):
Pulse (النبس):	ppm	Blood Pressure (نصف 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 (مخدرات) : Y / N

### الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

### الفحص Examination

### الصور الشعاعية Radiography

### التشخيص Diagnosis







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	Eisa, Mohamed, Abdalla, Mohamed, Alah	IDN:	784197898297185	Mother Name:	Maryam
Name (Ar)	عيسى محمد عبد الله محمد الاح	Card Number:	068427387	Mother Name (Ar):	مريم
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	301004931
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	04/05/2014	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	04/05/2024	Date of Birth:	31/12/1978	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	Occupation Field:	18



Photo

Signature Image

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

9/10/2019



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 682.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005055)

Date: 10-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002855 - EISA 00. - 971544412555

The sum of Dhs. Six Hundred Eighty-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 682.50 / 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 Zoom Whitening + VAT

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 : 1002855 - EISA 00. - 971544412555

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