



File No: ...1002863

Date: 11/9/2019

Date: 11/9/2019	File Number: ...1002863
Patient Name: <u>Abdullah Nasser</u>	إسم المريض: <u>عبدالله ناصر</u>
Date of Birth (تاريخ الميلاد): <u>21.12.1993</u>	Marital Status (الحالة الاجتماعية): <u>مطلق</u>
Nationality (الجنسية): <u>لبناني</u>	الجنسية: <u>لبناني</u>
Address (العنوان): <u>شارع خليفة أ. عمار 37</u>	Phone No. (رقم الهاتف): <u>0569077677</u>
E-MAIL:	How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
الوصف الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انظر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي عقوريات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
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 روماتيزم، 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 تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (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 تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع الحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي 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 MSV, HIV... etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس السل 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 بمعالجة 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
بالمعالج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نكره 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 اي ضمانات او تأمين لتتابع العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية
المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي
المرضية.

أتفهم تماماً 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 تقوي 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فتحتي الملف صحيحة. و
أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون
موافقتي

أقر ان 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: 2019.9.11

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 , احوال المستشفى	
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



مركز اوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

Veneer Treatment Form

طلب تركيب فينير الاسنان

Colour Been Chosen اللون الذي تم اختياره **Bk3**

Design Been Chosen التصميم الذي تم اختياره **Veneers**

Quantity Agreed to Order العدد المتفق على تركيبه **20 teeth**

Notes: ملاحظتك أخرى:

I have read and agreed to the mentioned specifications above and Orchid Medical Center is not responsible of any change that not matching the above mentioned Specs.

لقد قرأت و أوافق على المواصفات التي تم الإشارة إليها في هذه الورقة و أخطي مسؤولية مركز اوركيد الطبي من أي تغيير لا يطابق المواصفات المشار إليها.

Patient Name: اسم المريض: **Abdullah Nassar** **عبدالله ناصر**

Date: **18 / 9 / 2019** التاريخ: **2019 / 09 / 18**

Signature: التوقيع: 

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
11-9-2019	20 Veneers استئصال هوليود			D. Amira Hassan
	BL3			
	<div data-bbox="727 955 934 1312" style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> د. اميرة حسن Dr. Amira Hassan ممارس عام - طبيب استئصال عام G.P General Dentist ترخيص رقم: D57288 MOH License No.: D57288 مركز أوركيد الطبي Orchid Medical Centre </div>			
19-2-4	تم التثبيت النهائي للإستة			
25-4-2019	تحويل زوايا			D. Amira Hassan
	<div data-bbox="1320 735 1558 1092" style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> د. اميرة حسن Dr. Amira Hassan ممارس عام - طبيب استئصال عام G.P General Dentist ترخيص رقم: D57288 MOH License No.: D57288 مركز أوركيد الطبي Orchid Medical Centre </div>			
20-2-2020	consultation for 2 veneers fracture			D. Amira Hassan
22-2-2020	3 veneers fracture			
	<div data-bbox="1780 787 2062 1144" style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> د. اميرة حسن Dr. Amira Hassan ممارس عام - طبيب استئصال عام G.P General Dentist ترخيص رقم: D57288 MOH License No.: D57288 مركز أوركيد الطبي Orchid Medical Centre </div>			



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,000.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005056

Date: 11-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002863 - ABDULLAH NASSER - 971503037175**

The sum of Dhs. **Three Thousand Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **3,000.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR 20 TEETH VENEERS 6500+ VAT BALANCE 3825 AED**

Made by **Rana**

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 أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 6,825.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005129)

Date:18-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002863 - ABDULLAH NASSER - 971503037175

The sum of Dhs. Six Thousand Eight Hundred Twenty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 3,825.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 3,000.00

Bank: Cheque No.

Date: 18-09-2019

Being 20 TEETH VENEER + VAT

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 : 1002863 - ABDULLAH NASSER - 971503037175

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