



File No:

Date: 12/9/19

Date: ... / ... /
Patient Name: **Ahmed Abdallah** File Number: **1002870**
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 17/9/81 Gender (الجنس): M / F Marital Status: (الالة الاجتماعية): **متزوج**
Nationality (الجنسية): **مصري** Occupation (الوظيفة): **موظف**
Address (العنوان): **سلسلة عمان مرصع** Phone No. (الرقم الهاتفي): **0505900811**
E-MAIL: How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	لا	سكر وكليسترون
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مخدرات أو مثبطات المناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	فقع شرايين
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لويميا	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، امراض كبدية اخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	لا	سكر
Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc 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 وأسبح للطبيب بملاح 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 والخدمة 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 والعلاجات اللازمة والمطلوبة بحكم خبرته المهنية والعلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاج والإجراءات الطبية أو التجميلية المقامة لي، كما أتفهم الأخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار والمضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية والجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية والعلاجية والجراحية 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 وأن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية والتاريخ الطبي الذي قدمته لدي تخفي للملف الصحية، و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار وان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت وفهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل اراضي

اذا 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): القياسية (الوزن):	Kg cm	Blood Type (دم) نوع الدم:
Pulse (النبض):	Blood Pressure (دم) ضغط الدم: /	Blood Sugar (دم) سكر الدم:

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

.....

.....

.....

Disease History: التاريخ المرضي:
Allergies: الحساسية
Medications: الأدوية
Pregnancy: الحمل
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة، إيداع المستشفى:
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (الكحول): Y / N Drugs (العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings: الملاحظات العامة و السريرية

.....

.....

.....

الفحص Examination

.....

.....

.....

الصور الشعاعية Radiography

.....

.....

.....

التشخيص Diagnosis

.....

.....

.....

سلطنة عُمان
SULTANATE OF OMAN

2000081AEAA274

IDENTITY CARD

الرقم المدني
1811027

تاريخ انتهاء
22/01/2022

تاريخ الميلاد
10/02/1969

مكان الميلاد
عمقضاء / بقاء

الإسم
أحمد بن عبدالله بن محمد الشحي

الطاقة الشخصية

الوجه

SIGNATURE



3112-50

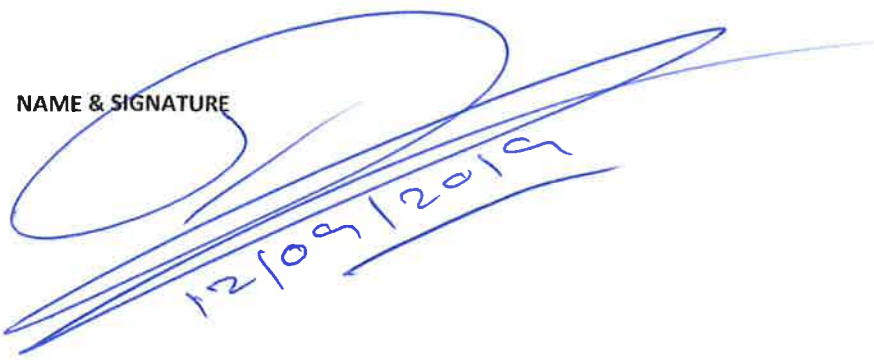
ORCHID MEDICAL CENTER

APPROVAL REQUEST FOR LAB PROCEDURE

PATIENT NAME	OMC FILE #	TREATMENT TYPE	LAB NAME	LAB ORDER NO:	DATE OF ORDER	NO : TEETH	DR. SIGN	DT of ORDER RECD:BACK
Ahmed Abdulla	1002870	Veneer	ARAK LAB	10504	12/9/19	17 teeth	Mr. Amin	

APPROVAL FROM MEDICAL CENTER

NAME & SIGNATURE


12/09/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-005074

RECEIPT VOUCHER

Date: 12-09-2019

AED 3,412.50

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002870 - AHMED ABDULLAH - 971505900811**The sum of Dhs. **Three Thousand Four Hundred Twelve and Five Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **3,412.50 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

g advance for 20 teeth veneer balance **3412.50**Made by **Super Administrator**

- 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

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,412.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005142)

Date: 19-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002870 - AHMED ABDULLAH - 971505900811

The sum of Dhs. Three Thousand Four Hundred Twelve Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 3,412.50

Bank: Cheque No.

Date: 19-09-2019

Being VENEERS OFFER 6500 50 % DISCOUNT FROM DR YANOOF + 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 : 1002870 - AHMED ABDULLAH - 971505900811

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