



File No: 1002892

Date: 16 / 9 / 2019

Date: 16/9/2019 Abdelbaset Abood
Patient Name: عبد الباقع عبود
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / ... / ...
Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): الجنسية
Address (العنوان): الخيام البيضاء
E-MAIL: abdelbaset.a@orchid.com

File Number: 1002892
اسم المريض: عبد الباقع عبود
Marital Status (الحالة الاجتماعية):
الجنس
Phone No. (رقم الهاتف): 0115555019
How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
العلية الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تلقي 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؟	لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف 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 مبيعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لو كيميا (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 قاصية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني 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؟	نعم	
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 هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...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.

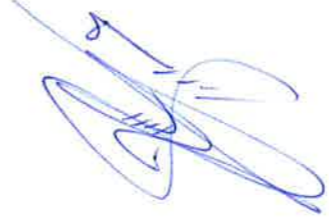
I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full before the completion of treatment.

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: ... / ... /

خضوع الخوار 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 نذكر في القمص 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 الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

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

و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب أو القزوم أو النزيف أو الألم أو الحساسية.

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي بعضها 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 قمته لدي فتحتي الملف الصحية، و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا القرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني 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 نون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نمىة الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (الضغط الدمى):	/	Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History (التاريخ المرضى):	
Allergies (الحساسىة)	
Medications (الأدوية)	
Pregnancy (الحمل)	
Previous Surgeries, Hospitalization (عمليات سابقة، اىخال 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

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO1

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	Abdulbaset,Abbod,Saeed,,Alghamaini	IDN:	784196841795311	Mother Name:	
Name (Ar)	عبد الباسط,عبد,وسعد,الغماميني	Card Number:	087811804	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	YEM	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	اليمن		
Issue Date:	20/02/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	18/02/2020	Date of Birth:	12/08/1968	Sponsor Name:	التعمير للحصول للبيون ذ م م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	30120162013576	Residency Expiry:	18/02/2020
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

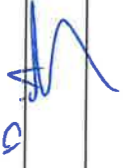


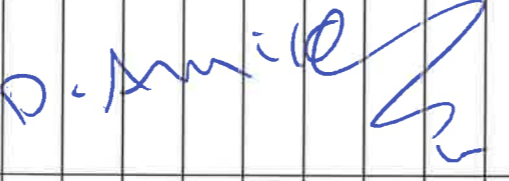
Signature Image

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

9/16/2019

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
2019-05-12	Consultation			
	<div data-bbox="667 919 875 1264" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p> د. اميرة حسن Dr. Amira Hassan ممارس عام - طبيب أسنان عام G.P General Dentist ترخيص رقم: D57288 MOH License No.: D57288 مركز أوركيذ الطبي Orchid Medical Centre </p> </div> <p>الفلج الأبيض (الطوي)</p> <p>تم خلع  أفراش RR</p> <p>144</p> <p>السطبي</p> <p>156</p> <p>تم عمل  صوات</p> <p>7/74</p> <p>تم التليس</p> <div data-bbox="1558 697 1795 1054" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p> د. اميرة حسن Dr. Amira Hassan ممارس عام - طبيب أسنان عام G.P General Dentist ترخيص رقم: D57288 MOH License No.: D57288 مركز أوركيذ الطبي Orchid Medical Centre </p> </div>			

عند تبسيط طوبود

١٠٠٠ = ٠٠٠ × ٤ ١ خلع ٢٤ حنانيا ١
٧٠٠ = ٤٨٠ × ١٤ ٢ حنانيا ٣ حنانيا ٤
١١٠٠ = ١٠٠٠ × ١١ ١١ حن ١١ ذيركون ١٢
٧١٠٠ = ٠٠٠ × ١١٤ ١٣ حن ١٣ حنانيا ١٤

١٠٠٠ = ١٠٠٠ = الجوع *

١٤٠٠ = بعد الحنانيا

١٤٠٠
الحنانيا وضعه
عند الحنانيا



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,500.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006870)

Date:04-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002892 - ABDULBASET ABBOD - 971554242519

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

By Cash 1,500.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-01-2020

Being

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 :1002892 - ABDULBASET ABBOD - 971554242519

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

Handwritten signature in blue ink, dated 04/01/2020.



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,500.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006869)

Date:04-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002892 - ABDULBASET ABBOD - 971554242519

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

By Cash 1,500.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-01-2020

Being pt did 13 veneers + 11 zircon crown + 3 composite filling + 4 extraction special discount given to patient

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 : 1002892 - ABDULBASET ABBOD - 971554242519

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

1500
Transfer to Bank
Rana
04/01/2020



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 500.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006907)

Date:05-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002892 - ABDULBASET ABBOD - 971554242519

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

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

Bank: _____

Date: 05-01-2020

Being transferred to the bank

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 : 1002892 - ABDULBASET ABBOD - 971554242519

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

05/01/2020
Transferred due to
SOME