



File No: .....

Date: 17/9/19

|   |   |
|---|---|
| Date: ... / ... / .....                   | File Number: 1002896                        |
| Patient Name: Fakuzah Gafata Va           | اسم المريض: Fakuzah Gafata Va               |
| Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 17/01/1993 | Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married |
| Nationality (الجنسية): Uzbekistan         | Occupation (الوظيفة):                       |
| Address (العنوان): Dubai                  | Phone No. (رقم الهاتف): 6169335             |
| E-MAIL: .....                             | How did you know about us: Fafata           |

| التاريخ الطبي Medical History  |                    |   |
|--|--------------------|---|
| الطبعة الطبية Medical Condition  | Yes/No<br>نعم / لا | If 'YES' give details<br>إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل |
| Recent or current drugs/Medical Treatment<br>هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟   | No                 |   |
| Corticosteroids/Immunosuppressant<br>هل تتعاطى أي مخدرات أو مثبطات للمناعة؟  | No                 |   |
| Allergies<br>هل لديك أي حساسية؟  | No                 |   |
| Surgical Operations, Serious illness<br>هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟  | Yes                | Stomac  |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease<br>جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | No                 |   |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants<br>هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مسيلات للدم؟   | Yes                |   |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لو كيميا  | No                 |   |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other<br>أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى  | No                 |   |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease<br>هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟   | No                 |   |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems<br>هل أنت حبل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟  | No                 |   |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases<br>التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى  | No                 |   |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other<br>قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟  | No                 |   |
| Epilepsy, or any other neurological disease<br>هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟   | No                 |   |
| Thyroid Diseases, Diabetes<br>هل تعاني من مرض السكر أو أمراض الغدة الدرقية؟  | No                 |   |
| Other conditions<br>HSV, HIV...etc   | No                 |   |



### 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 either 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 **NOT** refundable

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: ... / ... / ...

17.09.19

### تصويح الجراح الطبي

- أوافق وأسمح للطبيب بعلاج 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 و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف 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 و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للعمليات 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 قد تمحى الملف صحيفياً 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 أن 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: ... / ... / .....

## استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

### المؤشرات الحيوية Vital Signs

|                 |     |                            |    |                         |  |
|-----------------|-----|----------------------------|----|-------------------------|--|
| Weight (الوزن): | Kg  | Height (الطول):            | cm | Blood Type (نمط 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، إيداع المستشفى): |       |
| Smoking (التدخين):  | Y / N |
| Alcohol (الكحول):   | Y / N |
| Drugs (المخدرات):   | Y / N |

### الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

#### الفحص Examination

#### الصور الشعاعية Radiography

#### التشخيص Diagnosis











مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-005119

RECEIPT VOUCHER

AED 500.00

Date: 17-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002896 - FERUZA GAFUROVA - 971506169335

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 2 PORCALIN CROWNS + VAT BALANCE 550**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

**Tel: + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail: [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005455)

Date: 09-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002896 - FERUZA GAFUROVA - 971506169335

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

By Cash **50.00** / By Credit Card **500.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **500.00**

Bank: Cheque No. Date: 09-10-2019

Being **2 PORCELAIN CROWNS + 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 : 1002896 - FERUZA GAFUROVA - 971506169335

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)