



File No: 1002902

Date: 17/9/2019

Date: 17/9/2019	File Number: 1002902
Patient Name: Hala Osman	اسم المريض: هالا عثمان
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1/2/1984	Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): سورية	Occupation (الوظيفة): ليغ سينر
Address (العنوان): دمشق	Phone No. (رقم الهاتف): 01155259533
E-MAIL:	How did you know about us: i.m.s.ta.g.f.a.k.a

التاريخ الطبي Medical History		
الجهة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	if 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتناول أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا	
Corticosteroids/immunosuppressant هل تتناول أي مخثرات 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 شغف القلب، صمام قلب منغني، أمراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتناول أي مميعات 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 قلبية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتناولين أي علاج للحمل؟ هل تعانيين 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 HSV, HIV... etc	لا	هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط

### 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: ... / ... / .....

### شهادة القرار الطبي

- أوافق وأسمح للطبيب بمعالجة حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.
- أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي بالعلاج الأفضل والخدمة الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في النص 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 والطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتأخر العلاجات والإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أفهم الأخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أفهم تماماً كافة الأخطار والمضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية والجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية والعلاجية والجراحية قد تقوي الي مضاعفات كالإنتهاب أو النزيف أو الألم أو الحساسية.
- أفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية وأن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية والتاريخ الطبي الذي قدمته لدي فتحتي الملف صحيحة، و أفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ينبغي سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا القرار وأن 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

الوزن (الغزق): Weight	Kg	العلر (العلر): Height	cm	العلر الع (العلر الع): Blood Type
النبض (النبض): Pulse	ppm	العلر الع (العلر الع): Blood Pressure	/	العلر الع (العلر الع): Blood Sugar

سبب زلارة المرلض للعلارة Chief Complaint

العلر الع المرلض: Disease History

العلر الع: Allergies

العلر الع: Medications

العلر الع: Pregnancy

العلر الع المرلض, Hospitalization  
العلر الع مرلض: Previous Surgeries

العلر الع (العلر الع): Smoking

العلر الع (العلر الع): Alcohol

العلر الع (العلر الع): Drugs

العلر الع العارة و العلر الع المرلض General & Clinical Findings

الفحص Examination

العلر الع الشعاعلة Radiography

العلر الع المرلض Diagnosis





REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO\*

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED 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	Hala,Khaled,,Osman	IDN:	784198420494308	Mother Name:	
Name (Ar)	هالا خالد عثمان	Card Number:	093992009	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	07/04/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	01/04/2021	Date of Birth:	01/08/1984	Sponsor Name:	سفيان نواز القاصوري
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	15539376
Residency Type:	03	Residency Number:	30120073018369	Residency Expiry:	01/04/2021
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

9/17/2019



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006779)

Date:29-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002902 - HALA Oosman - 971559590532

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

By Cash **525.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **525.00**

Bank: Cheque No.

Date: 29-12-2019

Being **1 ZIRCON + VAT**

Made by **Reem**

- 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 : 1002902 - HALA Oosman - 971559590532

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006675

Date: 24-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002902 - HALA Oosman - 971559590532**The sum of Dhs. **Five Hundred Twenty Five Only**By Cash **525.00** / 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 1 ZIRCON CROWN + VAT BALANCE 525**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)**