



File No: 1002931

Date: 22/9/2019

Date: 22/9/2019 File Number: 1002931
Patient Name: Salma Alkhatbi (اسم المريض: سلمى الخياط)
Date of Birth: 20/09/88 (تاريخ الميلاد) Gender: F (الجنس)
Nationality: (الجنسية)
Address: (العنوان)
E-MAIL: (البريد الإلكتروني)
Marital Status: (الحالة الاجتماعية)
Phone No. (رقم الهاتف): 0567777838
How did you know about us: (كيف تعرفت علينا)

التاريخ الطبي Medical History		
Medical Condition / الحالة الطبية	Yes/No / نعم / لا	If 'YES' give details / إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment / هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant / هل تتعاطى أي مثبّطات للمناعة؟	لا	
Allergies / هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious illness / هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطيت من أي أمراض؟	نعم	الغزارة
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease / جراحة قلب، حمى روماتيزم، 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 مميعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لويميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other / أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبتين، السل، أمراض أخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease / هل تعاطيت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems / هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعطين 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 تعاطيت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes / هل تعاطيت من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions / هل تعاطيت 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 of 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 و أسمح للطبيب بمعالجة حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المرؤم.

أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالمعالج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال المعالج أمورا مختلفة عن ما تذكر في القسم 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 خبرة المهنة و الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتابع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون محتملة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو القرح أو النزيف أو الألم أو الحساسية

أفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل انتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي ضمن الملف صحيحة. و أفهم ان أي معلومات تنطلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن 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 دون السن القانونية):

التاريخ: 19. 12. 2022

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 (المسببات الحساسية):	
Medications (الأدوية):	
Pregnancy (الحمل):	
Previous Surgeries, Hospitalization (عمليات سابقة، إيداع للمستشفى):	
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

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	Salma,Abdalla,,Suhaib Alkerbi	IDN:	784198859479077	Mother Name:	Karima Alamiar Mohamed
Name (Ar)	سلمى عبدالرحمن سوهايب الكربي	Card Number:	089069974	Mother Name (Ar):	كريمة الأمير محمد
Title:		Nationality (Ar):	ARE الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	502001118
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	
Issue Date:	15/05/2018	Date of Birth:	20/09/1988	Sponsor Name:	
Expiry Date:	15/05/2028	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	04	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	10	Occupation Field:	00
ID Type:	ID				



Photo

Signature Image

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

9/22/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 250.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005170

Date: 22-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002931 - SALMA ALKETBI - 97156777838

The sum of Dhs. **Two Hundred Fifty Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **250.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Being **RCT FIRST SESSION**Made by **Hiba**

- 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
www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 150.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005255)

Date:28-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002931 - SALMA ALKETBI - 97156777838

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **150.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 28-09-2019

Being **Extraction (Simple)**

Made by **Hiba**

- 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 : 1002931 - SALMA ALKETBI - 97156777838

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005253

Date: 28-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002931 - SALMA ALKETBI - 97156777838**

The sum of Dhs. **Two Hundred Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **200.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Being **RCT SECOND SESSION**

Made by **Hiba**

- 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
www.omc1.ae**



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005577)

Date: 19-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002931 - SALMA ALKETBI - 97156777838**

The sum of Dhs. **Two Hundred Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **200.00**

Bank: Cheque No.

Date: 19-10-2019

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 : **1002931 - SALMA ALKETBI - 97156777838**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 450.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005576)

Date:19-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002931 - SALMA ALKETBI - 97156777838

The sum of Dhs. **Four Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **200.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **250.00**

Bank: Cheque No. Date: 19-10-2019

Being **RCT**

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 : 1002931 - SALMA ALKETBI - 97156777838

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