



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال  
Health ... Smile ... Beauty

File No: .....

Date: 23, 9, 19

1709 1476  
23-9-2019

File Number: 1002939

اسم المريض: .....  
Patient Name: Muhammad Amin  
Date of Birth (التاريخ الميلاد): 17/9/1476 Gender (الجنس): M (♂) Marital Status (الحالة الاجتماعية): .....  
Nationality (الجنسية): ..... Occupation (الوظيفة): .....  
Address (العنوان): ..... Phone No. (رقم الهاتف): 0555 7977796  
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 اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتناول أي أدوية أو تلقي أي علاجات حديثة؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتناول أي مسكرينات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	نعم	عملية لوجيا في الرصم
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتناول أي مميحات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (نقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض تنفسية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو الكلى أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتناولين أي مانع للحمل؟ هل تتناولين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Ovarian قرحة صغوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological conditions هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions Other conditions: HIV... etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس العنق 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 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 بملاح 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 يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر 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 خبرته المهنية و الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.

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

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها 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 قدمت لي قسمي للملف صحيحة و أتفهم ان اي معلومات تتطرق بمناقصي 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 بأكمل ارادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر لمن 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





PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
23-9-2019	consultation of <del>the</del> bride.			D. Amira
09-10-2019	impression for zircon			D. Amira
9/11/2019	face threads cogs (8) previous procedure: filler - Botox she dissolved filler next app: after 1 month			<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                     د. اميرة حسن                      Dr. Amira Hassan                      ممارس عام - طبيب اسنان عام                      G.P General Dentist                      MPH License No.: 0512088                      مركز أوركي الطبي                      Orchid Medical Centre                 </div>
16/10/2019	fu good results plan: filler under nail			<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                     د. وسام مروة الطباع                      Dr. Wasam Marwan Al Tabag                      اختصاصي جلدية                      Dermatology specialist                      MOH License No.: 1000                      Orchid Medical Centre                 </div>



United Arab Emirates  
دولة الإمارات العربية المتحدة

Driving License  
رخصة قيادة

License No.  
رقم الرخصة

480942



الاسم  
عبدالله محمد العنزي

Abdulla Mohamed Amiri  
عبدالله محمد العنزي

Emirates  
الإمارات

Date of Birth  
تاريخ الميلاد

17/09/1976

Issue Date  
تاريخ الإصدار

15/08/1998

Expiry Date  
تاريخ الانتهاء

27/05/2020

Place of Issue  
جهة الإصدار

Dubai  
دبي

رقم الترخيص  
053280

Licensing Authority



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-005341

RECEIPT VOUCHER

AED 1,575.00

Date: 02-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002939 - LUBNA AMIRI - 971557977796

The sum of Dhs. **One Thousand Five Hundred Seventy Five Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,575.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

:ing **ADVANCE FOR 3 ZIRCON 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

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

**ORCHID MEDICAL CENTER**  
**MODE OF PAYMENT RECEIVED FOR LAB PROCEDURE** Lubna 1002939

NO: TEETH	RATE / TEETH	TOTAL AMT OF TREATMENT:	ADVANCE COLLECTED	CASH	CARD	CHEQUE	BALANCE
3 Zircon Crowns	1000/ Per Teeth	3000	1575				

**BALANCE AMOUNT**  
**INSTALLMENT DETAILS**

BANK NAME	DT: CHQ	CHQ #	INSTALLMENT AMT	CHQ REPLACEMENT DETAILS
ADIB	30-10-19	500015	1575	
TOTAL			1575	

07/10/2019

[Signature]  
6-10-19

CHQ COLLECTED FROM FRONT DESK:  
 NAME & SIGNATURE WITH DT :



## استمارة الموافقة على العلاج بخيوط PDO

التاريخ: \_\_\_\_\_

أوافق على المعالجة بخيوط PDO وقد تم شرح أن هذه الخيوط من مادة بولي ديوكسانون المعقمة مع الكانيولا والتي تزرع تحت الجلد في الطبقة الشحمية لشد الوجه وإعطاء النضارة.

تزداد النتائج بالتحسن لمدة شهرين وتستمر النتائج لمدة 10 إلى 12 شهر.

ينصح بعدم تناول الأدوية المسيلة للدم قبل و بعد أسبوعين من الإجراء.

### الآثار الجانبية

ألم في الأسبوع الأول-إحساس شد في المنطقة-كدمات-تورم-إحساس تحرك محدد-عدم تناظر بالوجه-غمازات بالجلد-التهاب و خمج بالجلد-أذية بالأعصاب أو الأوعية الدموية.

معظم هذه الاختلاطات مؤقتة.

أنفهم أن النتائج تختلف من شخص لآخر وتعتمد على حالة الشخص، وأن المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالي قبل وبعد العلاج وعدم نشر الصور إلا بالموافقة الموقعة مني.

التوقيع: \_\_\_\_\_

اسم المريض: \_\_\_\_\_



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,257.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005458)

Date:09-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002939 - LUBNA AMIRI - 971557977796

The sum of Dhs. Two Thousand Two Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 2,257.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 09-10-2019

Being FACE THREADS (8) COGS + 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 : 1002939 - LUBNA AMIRI - 971557977796

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