



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1002942

Date: 25/9/2019

Date: 25/9/2019 File Number: 1002942  
Patient Name: Ahmed Abd El-Rehman  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 28/4/67 Gender (الجنس): M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية):  
Nationality (الجنسية): Egyptian (الوطنية): Occupation (الوظيفة):  
Address (العنوان): Phone No. (رقم الهاتف): 557020042  
E-MAIL: How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتناول أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟		Yes Augmentin 5 gm Brufen 600mg
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتناول أي مسكّنات أو مثبطات للمناعة؟		No
Allergies هل لديك أي حساسية؟		No
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟		No
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		No
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتناول أي مميعات للدم؟		No
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)		No
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى		No
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		No
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتناولين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟		No
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		No
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		No
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		No
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		No
Other conditions HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...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 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 لقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بملاحه 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 ذكر في الفحص 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 أي ضمانات أو نتائج العلاج 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 محتملة للعمليات و الإجراءات الجراحية و العلاجية و التجميلية و أدرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالإنتهاب 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 ان تسدد بالكامل قبل الإنتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي قسمي للمفك صحيحة 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 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 هم دون السن القانونية):

التاريخ: 2019/04/01

## 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 (الحساسية):	
Medications (الأدوية):	
Pregnancy (الحمل):	
Previous Surgeries, Hospitalization (عمليات سابقة، إقامات 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







REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO\*

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	Ahmed Abdelrahman,Hassan Hassan,,Zahrán	IDN:	784196720954641	Mother Name:	
Name (Ar)	احمد عبدالرحمن حسن زهران	Card Number:	090463073	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	14/08/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	11/08/2021	Date of Birth:	28/04/1967	Sponsor Name:	هسبندا التجارة المراد الغذائية ذ م م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120187368185	Residency Expiry:	11/08/2021
ID Type:	IL	Occupation:	1317	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

9/25/2019



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 250.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005192

Date: 25-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002942 - AHMED ZAHRAN - 971557020042**The sum of Dhs. **Two Hundred Fifty Only**By Cash **250.00** / 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:

ing **ADVANCE FOR 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

**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 200.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005252

Date: 28-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002942 - AHMED ZAHRAN - 971557020042**The sum of Dhs. **Two Hundred Only**By Cash **200.00** / 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:

:ing **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](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 450.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005251)

Date:28-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002942 - AHMED ZAHRAN - 971557020042

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: 28-09-2019

Being Root Canal Treatment (One Canal)

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 : 1002942 - AHMED ZAHRAN - 971557020042

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 550.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005362)

Date:03-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002942 - AHMED ZAHRAN - 971557020042

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

By Cash 350.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 200.00

Bank: Cheque No.

Date: 03-10-2019

Being Root Canal Treatment (One Canal)

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 : 1002942 - AHMED ZAHRAN - 971557020042

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 150.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005409)

Date:06-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002942 - AHMED ZAHARAN - 971557020042**

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

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

Bank: Cheque No.

Date: **06-10-2019**

Being **Composite Filling 1 Surface**

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 : **1002942 - AHMED ZAHARAN - 971557020042**

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