



File No:

Date: 25/9/19

Date: 25/9/2019	File Number: 1002948
Patient Name: Alaa Alshakhsah	اسم المريض:
Date Of Birth: 1/6/1964	Marital Status: (الحالة الاجتماعية): M / F
Nationality: Sudan	Occupation: stone mason
Address: Sharjah - Alshakhsah	Phone No. (الرقم الهاتف): 0971569501413
E-MAIL: Alaa.Sabbagh@ps.com	How did you know about us: next

التاريخ الطبي Medical History		
المرض الطبي Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتناول اي ادوية او تتلقى اي علاجات حاليا؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتناول اي مخدرات او مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك اي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious illness هل اجريت اي عمليات جراحية او تعاني من اي امراض؟	نعم	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف او تتناول اي مميعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	نعم	Anemia
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، ازمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من اي امراض في الكلى او امراض بولية او تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتناولن اي منتج للحمل؟ هل تتناولن من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، اي امراض معوية اخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري او امراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions 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 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 the 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: ٢٠١٩ / ١٠ / ٢٥

نموذج الإقرار الطبي

- أوافق وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المنتسب والمؤهل.
- أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمورا 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 تأمين لتتاج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية الخاصة لي، كما أفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أفهم تماما كافة الأخطار 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 كالإنتهاب أو التورم 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 الإنتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي قسمي للملف صحية و أفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر ان 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 لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): 62 Kg	Height (الطول): 155 cm	Blood Type (دم): O+
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (الضغط الدم): /	Blood Sugar (السكر 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 والسريية 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	Alaa,Salah Eddin,Alsababagh	IDN:	784198570215305	Mother Name:	
Name (Ar)	الإعصلاح الدين،الصاباغ	Card Number:	086416155	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		الجنسية العربية السورية			
Issue Date:	22/11/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	19/11/2019	Date of Birth:	19/06/1985	Sponsor Name:	نبى هولديج جروب ش ذ م فرع
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120142095233	Residency Expiry:	19/11/2019
ID Type:	IL	Occupation:	5230	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

9/25/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 150.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005198)

Date:25-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002948 - ALAA AL SABBAGH - 971501491413

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:

Date: 25-09-2019

Cheque No.

Being COMPOSITE FILLING

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 : 1002948 - ALAA AL SABBAGH - 971501491413

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,000.00 No: REC-005302
RECEIPT VOUCHER Date: 30-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002948 - ALAA AL SABBAGH - 971501491413**

The sum of Dhs. **Three Thousand Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **3,000.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR VENEERS 6500 + 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
www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,001.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005525)

Date:14-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002948 - ALAA AL SABBAGH - 971501491413

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

By Cash 1.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 3,000.00

Bank: Cheque No. Date: 14-10-2019

Being VENEERS 20 TEETH + VAT REST PAID BY 2 CHQ EACH 1912 *2

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 : 1002948 - ALAA AL SABBAGH - 971501491413

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

JRCHID MEDICAL CENTER

MODE OF PAYMENT RECEIVED FOR LAB PROCEDURE

Alca 1002948

NO: TEETH	RATE / TEETH	TOTAL AMT OF TREATMENT:	ADVANCE COLLECTED	CASH	CARD	CHEQUE	BALANCE
20 Teeth Veneer	325	6500	3001				

ALANCE AMOUNT
INSTALLMENT DETAILS

BANK NAME	DT: CHQ	CHQ #	INSTALLMENT AMT	CHQ REPLACEMENT DETAILS
CBD	30-11-19	000017	1912	
CBD	30-12-19	000018	1912	
TOTAL 3824				

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

[Signature]
14-6-19

Not Rec'd
Cheque
No Sign

بنك دبي التجاري
Commercial Bank of Dubai
Sharjah City Centre Branch

Cheque 000017
Date 30-11-2019

مركز أوركيد الطبي
ألف وتسعمائة ولاننا عشر درهماً
فقط لا غير

ALAA SALAH EDDIN ALSABBAGH

١٠٠٠٠٠٠ ١٧:٠٠ ٢٣٣٠٠٣٥١ ١٠٠٢٢٢٦٦٥١

بنك دبي التجاري
Commercial Bank of Dubai
Sharjah City Centre Branch

Cheque 000018
Date 30-12-2019

مركز أوركيد الطبي
ألف وتسعمائة ولاننا عشر درهماً
فقط لا غير

ALAA SALAH EDDIN ALSABBAGH

١٠٠٠٠٠٠ ١٨:٠٠ ٢٣٣٠٠٣٥١ ١٠٠٢٢٢٦٦٥١