



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007456)

Date:04-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003086 - HISHAM 00. - 971556025615**

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,200.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: \_\_\_\_\_

Date: **04-02-2020**

Being **1 ZIRCON CROWN + VAT + 1 DENTAL EXTRACTION**

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 : **1003086 - HISHAM 00. - 971556025615**

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 5/10/19

Date: 5/10/2019

File Number: 1003086

Patient Name: H. ESTHAR M. MARCOOF

اسم المريض: .....

Date Of Birth: 10/10/1968 Gender (M) / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): M

Nationality (الجنسية): BAHRAIN

Occupation (الوظيفة): PILOT

Address (العنوان): P.O. Box 71874, DUBAI

Phone No. (رقم الهاتف): 055 6025 615

E-MAIL: h.marcoof@hotmail.com

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 تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟   | YES             | METAFOLIN  |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟   | 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 روماتويد، 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 تتعاطى أي مميعات للدم؟  | NO              |  |
| Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)   | NO              |  |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، 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 تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين 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؟  | YES             | DIABETIC TYPE 2  |
| Other conditions HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط  | 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 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: 15/11/2019

### نموذج اقرار طبي

- أوافق وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي بالعلاج الأمثل وخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمور مختلفة عن ما ذكر في الفحص 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 لنتائج العلاج والإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الأخطار والمضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية والجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية والعلاجية والجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية وأن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية والتاريخ الطبي الذي قدمته لي قسمي الملف صحيحة. و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا 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 (من دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

اسفارة 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

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة , ادخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis







مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,900.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005932)

Date:10-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003086 - HISHAM 00. - 971556025615

The sum of Dhs. Four Thousand Nine Hundred Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 4,900.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 10-11-2019

Being 1 DENTAL IMPLANT + BONE GRAFT

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 : 1003086 - HISHAM 00. - 971556025615

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