



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 450.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005620)

Date:23-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003097 - ARAAB 0 - 971505654148**

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

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

Bank: Cheque No.

Date: **23-10-2019**

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 : **1003097 - ARAAB 0 - 971505654148**

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



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: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج 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 لي 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 العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم 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 الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم 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 قدمته لدي فتحي الملف صحفية و اتفهم ان اي 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 (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

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، احوال 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

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQyMI

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 | Arrab,Khatab,,Al Frih | IDN: | 784200639038189 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | عرب خطيب,,الفرح | Card Number: | 092012821 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | SYR | Family ID: | |
| Title (Ar): | | الجنسية العربية السورية | | | |
| Issue Date: | 04/12/2018 | Sex: | M | Sponsor Type: | 03 |
| Expiry Date: | 18/11/2021 | Date of Birth: | 10/09/2006 | Sponsor Name: | خطيب عمر الفرّح |
| Marital Status: | 01 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 06546917 |
| Residency Type: | 03 | Residency Number: | 20120063110994 | Residency Expiry: | 18/11/2021 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 98 | Occupation Field: | 00 |

Photo



Signature Image

No signature / إمضاء / بدون إمضاء

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

10/16/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005548

Date: 16-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003097 - ARAAB 0 - 971505654148**

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 **ADVANCE FOR RCT FIRST SESSION**

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