



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... إتسامة... جمال  
Health ... Smile ... Beauty

File No: .....

Date: 16/10/19

Date: ... / ... / .....

File Number: 1003101

Patient Name: Sahar Mahmond

اسم المريض: كهر محمود

Date Of Birth: 17/10/1991

Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: (الجنسية):

Occupation: (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف):

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 تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	✓	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	✓	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	✓	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	✓	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	✓	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	✓	
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	✓	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	✓	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	✓	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	✓	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	✓	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	✓	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	✓	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	✓	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟	✓	
HSV, HIV...etc فيروس الأبتزا، فيروس الحلا البسيط etc	✓	

### 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 الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الاطر و الخدمة الافضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف 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 اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي كالاتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم أو الحساسية.

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

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي، مضاعفات كالاتهاب 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 قدتمت لدي فقهي الملف صحية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي 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 بكامل ارادتي

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

توقيع المريض / ولي الأمر (لمن هم دون السن القانونية):

كر كامل

التاريخ: .... / .... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (البروز): Weight (kg):	Kg	الطول (الطول): Height (cm):	cm	نوع الدم (دمية الدم): Blood Type:
النبض (النبض): Pulse (ppm):	ppm	الضغط (دمية الدم): Blood Pressure (mmHg):	/	سكر الدم (دمية السكر): Blood Sugar (mg/dL):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

عمليات سابقة ، الجراحات السابقة:  
Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (التدخين): Y / N

الكحول (الكحول): Y / N

أدوية (أدوية): 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

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
16.10.2019	Composit 11			Dr. Amira Hassan

د. أميرة حسن  
**Dr. Amira Hassan**  
 ممارس عام - طبيب أسنان عام  
**G.P General Dentist**  
 ترخيص رقم: D57288  
 MOH License No.: D57288  
 Orchid Medical Centre

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO\*

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**

<b>Name</b>	Sahar,Mahmoud,Ahmad,Kamel	<b>IDN:</b>	784199158757965	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	سحر محمود احمد كاميل	<b>Card Number:</b>	091768712	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	JOR	<b>Family ID:</b>	
<b>Title (Ar):</b>		<b>(Ar):</b>	الأردن		
<b>Issue Date:</b>	14/11/2018	<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	03
<b>Expiry Date:</b>	12/11/2020	<b>Date of Birth:</b>	02/07/1991	<b>Sponsor Name:</b>	مصطفى عوده الله محمد كامل
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	0190560275
<b>Residency Type:</b>	03	<b>Residency Number:</b>	20120183367039	<b>Residency Expiry:</b>	12/11/2020
<b>ID Type:</b>	IL	<b>Occupation:</b>	10	<b>Occupation Field:</b>	00



Photo

Signature Image

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

10/16/2019



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 150.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005556)

Date:16-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003101 - SAHAR 0 - 971502922878

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **150.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Date: 16-10-2019

Cheque No.

Being **1 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 : **1003101 - SAHAR 0 - 971502922878**

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