



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1003165

Date: 27/10/2019

Date: 27/10/2019

File Number: 1003165

Patient Name: Alhana Taham

إسم المريض: أ.الحنان طحان

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / ... / ... Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية):

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 05555079337

E-MAIL:

How did you know about us: ...

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	نعم
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكميا	لا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، أمراض أخرى	لا
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى	لا
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	لا
Epilepsy, or any other neurological diseases هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض 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 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 القرار 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 يتكشف 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 العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للعصومات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية 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 و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدّمته لي في فسخي الملف صحيحة. و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها بدون موافقتي

أقر ان 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: ١٩ / ١٤ / ٢٠١٠

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

Thing signet

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

to be checked

الأدوية Medications

none (multivitamin)

الحمل Pregnancy

عمليات سابقة ، ادخال المستشفى
Previous Surgeries, Hospitalization

long time ago 20+ years

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

BCA

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

28.10.19

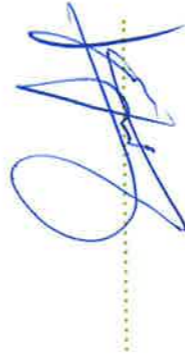
Patient sent for panoramic X-Ray to plan the case

15.12.19

Implant placement # 28, 30, 31 with healing Abutment

3.75 X 8 For all 3 Implants.

Doctor's Signature and Stamp



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	Alham,Rachid,,,Tahan	IDN:	784196229530470	Mother Name:	
Name (Ar)	الهالم رشيد,,,طحان	Card Number:	087536319	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	06/02/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	30/01/2021	Date of Birth:	10/07/1962	Sponsor Name:	حصان هلال محمود صالح
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	0138034395
Residency Type:	03	Residency Number:	30120143041520	Residency Expiry:	30/01/2021
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

10/27/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 5,700.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-006540)

Date: 15-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003165 - ELHAM 00. - 971555079337

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

By Cash 5,700.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 15-12-2019

Being 3 DENTAL IMPLANT

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 : 1003165 - ELHAM 00. - 971555079337

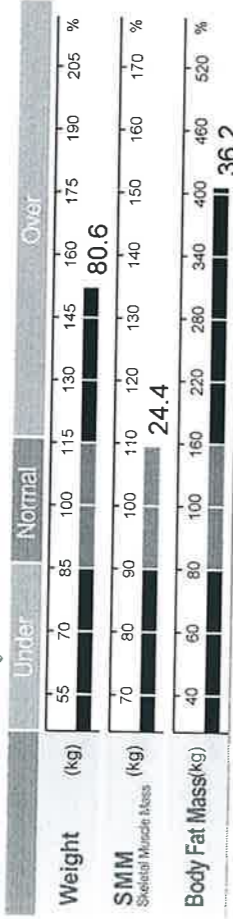
Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae

ID 241219-1 Height 157cm Age 56 Gender Female Test Date / Time 24.12.2019. 16:27

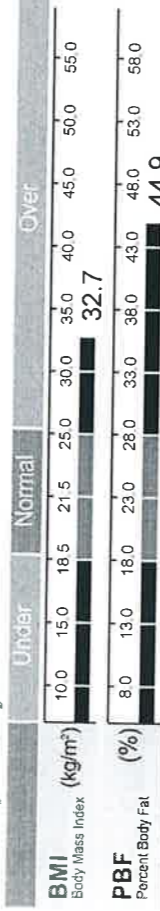
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	32.7 (27.0~33.0)
For building muscles	Protein (kg)	8.8 (7.2~8.8)
For strengthening bones	Minerals (kg)	2.93 (2.49~3.05)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	36.2 (10.6~17.0)
Sum of the above	Weight (kg)	80.6 (45.0~61.0)

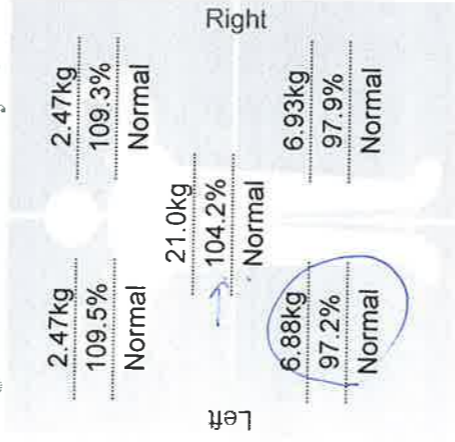
Muscle-Fat Analysis



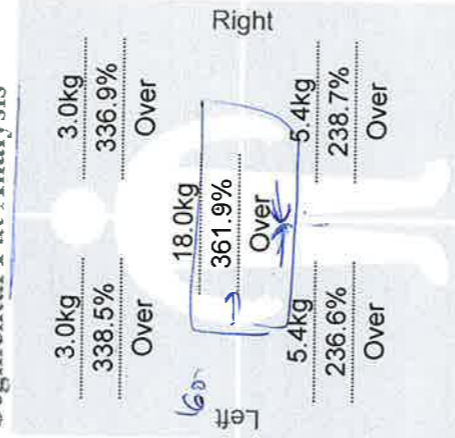
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



* Segmental fat is estimated.

Body Composition History

Weight (kg)	80.6
SMM (kg)	24.4
PBF (%)	44.9

InBody Score

61 / 100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight 57.7 kg
 Weight Control - 22.9 kg
 Fat Control - 22.9 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.96

Visceral Fat Level

Level 18

Research Parameters

Fat Free Mass 44.4 kg
 Basal Metabolic Rate 1329 kcal (1576~1845)
 Obesity Degree 152 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1589 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	142	Gateball	153
Walking	161	Yoga	161
Badminton	182	Table Tennis	182
Tennis	242	Bicycling	242
Boxing	242	Basketball	242
Mountain Climbing	263	Jumping Rope	282
Aerobics	282	Jogging	282
Soccer	282	Swimming	282
Japanese Fencing	403	Racketball	403
Squash	403	Taekwondo	403

* Based on your current weight
 * Based on 30 minute duration

Impedance

Z(Ω) 20 kHz | 329.2 328.2 25.4 232.3 232.8
 100 kHz | 293.6 293.9 22.7 207.0 208.1

REF: MEODENT
IMPLANTE HELIX CH
CH HELIX IMPLANT
IMPLANTE HELIX CH
IMPLANTO HELIX CH
CH HELIX IMPLANTAT
IMPLANT HELIX CH

REF: 109 976 LOT: 158912 SIZE: 3 7508 mm
Reg. AN/156: 1034428180 335 287 82

REF: MEODENT
IMPLANTE HELIX CH
CH HELIX IMPLANT
IMPLANTE HELIX CH
IMPLANTO HELIX CH
CH HELIX IMPLANTAT
IMPLANT HELIX CH

REF: 109 976 LOT: 158912 SIZE: 3 7508 mm
Reg. AN/156: 1034428180 335 287 82

REF: MEODENT
IMPLANTE HELIX CH
CH HELIX IMPLANT
IMPLANTE HELIX CH
IMPLANTO HELIX CH
CH HELIX IMPLANTAT
IMPLANT HELIX CH

REF: 109 976 LOT: 1165984 SIZE: 3 7508 mm
Reg. AN/156: 1034428180 335 287 82

30/06/2020

إقرار مخالصة نهائية

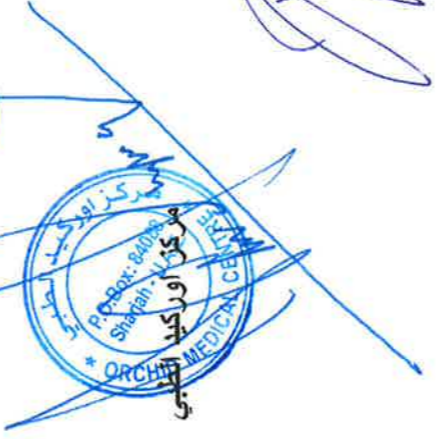
أقر أنا الموقع الهام رشيد
ملف رقم: 1003165

انا السيدة/ الهام رشيد لقد استلمت من مركز اوركيد الطبي القطع المطلوبة للزرعات (ايتمنت) لاكمال تركيب التاج خارج مركز اوركيد الطبي وعليه اتعهد باسترجاع القطع المطلوبة مني لمركز اوركيد الطبي (3 هينج ايتمنت) وهذا الإقرار يعتبر مخالصة نهائية لا يحق لي بعدها مطالبة مركز اوركيد الطبي بأي شئى لا مادياً ولا مغوياً ولاطبياً.

التقطع المطلوبة للمريض/ هي ربط بين الزرعة الموكبة والتركيبة التي حوت

وعلى ذلك أوقع،

تفركب اليا



المقر بما فيه ،،،
السيدة/ الهام رشيد

United Arab Emirates
Resident Identity Card

دولة الإمارات العربية المتحدة
بطاقة هوية مقيم

رقم الهوية / ID Number
784-1962-2953047-0

الإسم: الهام رشيد طحان

الجنسية: سوريا

Name: Alham Rachid Tahan

Nationality: Syrian Arab Republic

