



File No: 1003206

Date: 31/10/2019

Date: 3.7.16/2019

File Number: 1003206

Patient Name: Yousef Khaleel

اسم المريض: يوسف خليف

Date Of Birth: 20/4/1965

Gender: M

F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality (الجنسية): (الإندونيسية)

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

السنة: 1965

Phone No. (رقم الهاتف): 0567872863

E-MAIL: RikaZuriani67@gmail.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 الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	/	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستروريدات 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 (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	/	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، 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 الغدة الدرقية؟	/	
Other conditions Other conditions HIV...etc فيروس الإيدز، 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 وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.

أتقدم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتقدم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً 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 و المطلوبة بحكم خبرته المهنية والعلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تعيين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التشخيصية المقدمة لي، كما أتقدم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استعمال علاج حالتي المرضية.

أتقدم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.

و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام أو الحساسية

أتقدم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فتحتي للملف صحية. و أتقدم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً 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 إرادتي

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

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

التاريخ: 2016 / 6 / 3



استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs			
Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دم ضغط):	/
		Blood Type (دم فصيلة):	
		Blood Sugar (دم سكر):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Bruxism  
rotated teeth

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

OPG

التشخيص Diagnosis

Class I type I Malocclusion  
43/ → 90° rotated  
Deep bite

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Non Extraction

8-10 month

Metal braces 3500 + 700 retain



Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQyMI

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Yousef,Khaleel,Ibrahim,,Shahait	IDN:	784200554765246	Mother Name:	
Name (Ar)	يوسف خليل ابراهيم شحايت	Card Number:	083495780	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	18/05/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	14/05/2020	Date of Birth:	20/04/2005	Sponsor Name:	خليل ابراهيم خليل شحايت
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	10778967
Residency Type:	03	Residency Number:	20120123157085	Residency Expiry:	14/05/2020
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

**بدون إمضاء / No signature**<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

10/31/2019





PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
29/11/2019	No Kit in Clinic	300		
5/12/19	Upper Banding in - Old Slot .014 Ni.Ti (Thermal)	700		
6/1/2020	tighen 3   2 5   for denotation	300		
31/1/2020	076 RCS upper & wire for 3   2 5   retain	300		
28/2/2020	.012 Ni.Ti fully engaged 35	300		
26/3/2020	same wire fully tighter	300		
9/5/20	076 RCS upper RC between 3   2 5	300		
8/6/20	composite Bite at 8/6 lower Banding, 7 down 012 Ni.Ti - lower	300		



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-006333)

Date: 05-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003206 - YOUSEF 00. - 971567872863

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

By Cash **750.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **300.00**

Bank: Cheque No. Date: **05-12-2019**

Being **BRACES FIRST PAYMENT + 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

Confirmed by : 1003206 - YOUSEF 00. - 971567872863

---

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 300.00

No: REC-006229

RECEIPT VOUCHER

Date: 29-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003206 - YOUSEF 00. - 971567872863**The sum of Dhs. **Three Hundred Only**By Cash **300.00** / By Credit Card **0.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR BRACES**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](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**





مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-006923)

Date: 06-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003206 - YOUSEF 00. - 971567872863

The sum of Dhs. **Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **315.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 06-01-2020

Being **FOLLOW UP + VAT**

Made by Reem

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 : 1003206 - YOUSEF 00. - 971567872863

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007894)

Date:28-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003206 - YOUSEF 00. - 971567872863

The sum of Dhs. **Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **315.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 28-02-2020

Being **1 session follow up+ vat**

Made by **Reem**

- 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 : 1003206 - YOUSEF 00. - 971567872863

---

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007377)

Date:31-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003206 - YOUSEF 00. - 971567872863

The sum of Dhs. **Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **315.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 31-01-2020

Being **1 FOLLOW UP + VAT**

Made by **Reem**

- 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 : 1003206 - YOUSEF 00. - 971567872863

---

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008777)

Date: 11-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003206 - YOUSEF 00. - 971567872863

The sum of Dhs. **Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **315.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 11-05-2020

Being **braces follow up + 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

Confirmed by : **1003206 - YOUSEF 00. - 971567872863**

---

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