

File No: 1003209

Date: / /

Date: ... / ... / File Number: 1003209

Patient Name: Omar Al Suwaidi اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 7. / 23 / 2000 Gender (الجنس): M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): Occupation (الوظيفة): Job Title (المسمى الوظيفي):

Address (العنوان): Phone No. (رقم الهاتف): 05-222-0848

E-MAIL: How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		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 تلقي أي علاجات حديثاً؟		✓	
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 امراض؟		✓	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب		✓	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميحات للدم؟		✓	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)		✓	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى		✓	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟		✓	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		✓	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى		✓	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟		✓	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟		✓	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟		✓	
Other conditions HIV, HSV...etc هل تعاني من أي امراض أخرى؟ 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 بمعالجة 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
بالمعالج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أقر أن من الممكن أن يكتشف 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 اي ضمانات او تأمين لتفادي العلاجات و الإجراءات الطبية او التجميلية
المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي
المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون محتملة للفحوصات و الاجراءات
العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فتحتي الملف الصحية و
أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا 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 بكتاب ارادتي

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

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

التاريخ: / ... /

عمر محمد بن الشيخ السويدي

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Teeth looks out

Disease History التاريخ المرضي:	
Allergies الحساسية:	
Medications الأدوية:	
Pregnancy الحمل:	
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة ، أوبخال للمستشفى	

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تداعوي العقاقير) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

OPG he have -

التشخيص Diagnosis

class II div 1 Malocclusion
already lost
6 mm overjet.

Treatment Plan خطة العلاج

1 to 1 1/2 yr
Metal braces (4000 + 720 retainer)
3/4 Extraction Down payment = 1500
Case



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	Omar,Mohamed,Ahmed,,Binalshaikh Alsuwaidi	IDN:	784200081970491	Mother Name:	Humdha
Name (Ar)	عمر محمد أحمد زين الشيخ السويدي	Card Number:	084122380	Mother Name (Ar):	حمدة
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	301008595
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	03/07/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	03/07/2022	Date of Birth:	23/09/2000	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	Occupation Field:	99



Photo

Signature Image

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

10/31/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 307.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005790)

Date: 02-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003209 - OMAR ALSUWAIDI - 971502220818**

The sum of Dhs. **Three Hundred Seven Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **307.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **02-11-2019**

Being **SCALING AND POLISHING + VAT + 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 : **1003209 - OMAR ALSUWAIDI - 971502220818**

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