



File No: .....

Date: 11/11/2019

Date: ... / ... / .....  
Patient Name: Wafaa Mohamed M. E. D. File Number: 10032924  
اسم المريض: وفاء محمد م. ع. د.  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / ... / ..... Gender (الجنس): M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): متزوج  
Nationality (الجنسية): ..... Occupation (الوظيفة): .....  
Address (العنوان): ..... Phone No. (رقم الهاتف): 052451995  
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 الإجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تلقي 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	قصي مصرية
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، 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 (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي 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 disease 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 هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط 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 اقرار طبي

أوافق و أسمع للطبيب علاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

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

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف 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 العلاج و الإجراءات الطبية أو التعجيلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و أدرك أن 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فتمني للملف صحية و أتفهم ان أي 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 ارادتي

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

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

التاريخ: 11/11/2011

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 ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تدليتي العائتي): 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

cAEAlOEBA83ODQxO

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	Walaa,Mohamed,Kamal,Mohamed,Mohamed	IDN:	784197721062756	Mother Name:	
Name (Ar)	ولاء محمد كمال محمد محمد	Card Number:	087879539	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	26/02/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	24/02/2020	Date of Birth:	08/11/1977	Sponsor Name:	مدرسه النذيا لتعليم قيادة السيارات
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	30120162024880	Residency Expiry:	24/02/2020
ID Type:	IL	Occupation:	2352	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

11/11/2019



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,412.50

No: REC-005996

RECEIPT VOUCHER

Date: 16-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003294 - WALAA MOHAMMED - 971524581995**The sum of Dhs. **Three Thousand Four Hundred Twelve and Five Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **3,412.50 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Being **ADVANCE FOR VENEERS 6500 + VAT BALANCE 3412.5**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**



شيك  
CHEQUE

الإمارات الإسلامي  
EMIRATES ISLAMIC  
Personal Banking

4kWIUle300INSXX5a6O2

EI QASIMIYAH

Date 15-12-2019 التاريخ

Pay Against  
This Cheque to  
or Bearer  
مركز أدوية الطيب  
ادفعوا لموجب هذا الشيك إلى  
أول حامله

Dirhams ألف وسبعمائة وستة دراهم وخمسة  
وعشرون فلساً  
درهم  
AED 1706.25

WALAA MOHAMED KAMAL MOHAMED MOHAMED  
A/C No. 3707518598901  
AE71 0340 0037 0751 8598 901

مصرف الإمارات الإسلامي سابق  
Emirates Islamic Bank P.J.S.C.  
Do Not Write Below This Line لا تكتب تحت هذا الخط  
Signature التوقيع

٠٠٠٠ ١٠٩٠ ٧٠ ٣٤ ٣٠ ١٣ ٧٥ ١٨ ٥٩ ٨٩ ٠ ١



شيك  
CHEQUE

الإمارات الإسلامي  
EMIRATES ISLAMIC  
Personal Banking

bDGUWICa016pBCCFNae

EI QASIMIYAH

Date 15-1-2020 التاريخ

Pay Against  
This Cheque to  
or Bearer  
مركز أدوية الطيب  
ادفعوا لموجب هذا الشيك إلى  
أول حامله

Dirhams ألف وسبعمائة وستة دراهم وخمسة  
وعشرون فلساً  
درهم  
AED 1706.25

WALAA MOHAMED KAMAL MOHAMED MOHAMED  
A/C No. 3707518598901  
AE71 0340 0037 0751 8598 901

مصرف الإمارات الإسلامي سابق  
Emirates Islamic Bank P.J.S.C.  
Do Not Write Below This Line لا تكتب تحت هذا الخط  
Signature التوقيع

٠٠٠٠ ١٠٩٠ ٧٠ ٣٤ ٣٠ ١٣ ٧٥ ١٨ ٥٩ ٨٩ ٠ ١





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,412.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006145)

Date:25-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003294 - WALAA MOHAMMED - 971524581995

The sum of Dhs. Three Thousand Four Hundred Twelve Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 3,412.50

Bank:

Date: 25-11-2019

Being VENEERS 6500 + VAT BALANCE PAID IN 2 CHQS DATED ON 15-12-2019 AND 15-1-2020 EACH CHQ AMT 1706.25

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 :1003294 - WALAA MOHAMMED - 971524581995

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