



File No:

Date: 14 / 12 / 19

Date: ... / ... /

File Number: 1003571

Patient Name: MURAD MAHDI AL-HARATH

إسم المريض: مريد محمد هادي الحارث

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 15 / 3 / 1960

Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية):

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 0523760813

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 حديثاً؟	X	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	X	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	X	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	X	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	X	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	X	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا (نقر الدم)،	X	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	X	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	X	
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	X	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	X	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	X	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	X	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc	X	



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 الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نذكر 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 لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي. كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة 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 الالام 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 فنحفي الملف صحيحة. و اتفهم 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 ارادتي

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

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

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نصيلة الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (مضغط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ابحال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاقي العقاقير): 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

cAEAIOEBAA83ODQxO

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	Murran,Mahdi,Y,Alhareth	IDN:	784198079430207	Mother Name:	Eyrrfa
Name (Ar)	مران بن مهدي بن يحيى آل الحارث	Card Number:	089713703	Mother Name (Ar):	الرفا
Title:		Nationality (Ar):	SAU السعودية	Family ID:	
Title(Ar):		Sex:	M	Sponsor Type:	
Issue Date:	27/06/2018	Date of Birth:	15/05/1980	Sponsor Name:	
Expiry Date:	27/06/2023	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	02	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	99	Occupation Field:	00
ID Type:	IR				

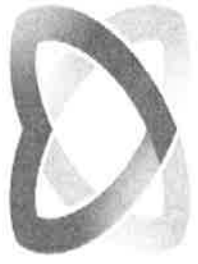


Photo

Signature Image

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

12/14/2019



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006530)

Date:14-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003571 - mran 000 - 971523760813

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 210.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 14-12-2019

Being CONSULTATION + 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 : 1003571 - mran 000 - 971523760813

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 5,785.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006552

Date: 16-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003571 - miran 000 - 971523760813

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 5,785.50 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Cheque No.

Date:

Being advance for 4 Zircon + 14 veneers + vat+ 3 rct balance 5059.50

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

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 5,786.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006750)

Date:27-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003571 - MARWAN 000 - 971523760813

The sum of Dhs. **Five Thousand Seven Hundred Eighty-Six Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **5,785.50**

Bank: Cheque No.

Date: 27-12-2019

Being **14 veneers *350 + 4 zircon crown *1000 + 3 rct *500 + vat rest paid by 1 chq dated on 28-1-2020 amt 5059 aed**

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 : 1003571 - MARWAN 000 - 971523760813

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



بنك رأس الخيمة الوطني
RAKBANK
 KING FAISAL ST SHARJAH

Pay against this cheque to
 or the Bearer

MO. 000014

Date: 28-1-2020 التاريخ

ادفعوا بموجب هذا الشيك إلى
 أو لحامله

Dirhams درهم
 مائة وخمسة وأربعون ريالاً فقط
 درهم AED 50599X

MILRRAN MAHDI V AL HARETH
 A/C # 0242708343001

Please do not write or mark below this line

ش

الرجاء عدم الكتابة أو وضع أي علامة تحت هذا الخط

00001480403012402708343001



بنك رأس الخيمة الوطني
RAKBANK
KING FAISAL ST SHARJAH

Pay against this cheque to
or the Bearer

Dirhams مئة وستة آلاف وستمائة وخمسة

NO. 000014

Date 28-2-2020

ادفعوا بموجب هذا الشيك الى
أو حامله

دفعم AED 50599

MURRAN MAHDI Y AL HARETH
A/C # 0242708343001

Please do not write or mark below this line

1003571
2708343001

الرجاء عدم الكتابة أو وضع أي علامة تحت هذا الخط



بنك رأس الخيمة الوطني
RAKBANK
KING FAISAL ST SHARJAH

Pay against this cheque to
or the Bearer

Dirhams مئة وستة آلاف وستمائة وخمسة

NO. 000013

Date 28-2-2020

ادفعوا بموجب هذا الشيك الى
أو حامله

دفعم AED 6710

MURRAN MAHDI Y AL HARETH
A/C # 0242708343001

Please do not write or mark below this line

1003140
2708343001

الرجاء عدم الكتابة أو وضع أي علامة تحت هذا الخط

ع: إسلا يصل شيكات
02/3/2020



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 5,059.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-007293)

Date: 27-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003571 - MARWAN 000 - 971523760813

The sum of Dhs. Five Thousand Fifty-Nine Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 5,059.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date: 27-01-2020

Being AGAINST CHQ DATED ON 28-1-2020 CHQ DEPOSITED ALREADY BUT PAYMENT DONE IN THE CLINIC

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 : 1003571 - MARWAN 000 - 971523760813

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