

File No:

Date: 19/12/19

Date: ١٩/١٢/٢٠١٩
Patient Name: Scayed Naseeldeen
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): / / Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): Occupation (الوظيفة):
Address (العنوان):
E-MAIL:

File Number: ١٥٥٣٦١٥
اسم المريض:
Marital Status: (الحالة الاجتماعية):
Phone No. (رقم الهاتف): ٥٩٥٣٣٠٣٥٣٦٥٤٦
How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Medical Condition	الحالة الطبية		
Recent or current drugs/Medical Treatment	هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	✓	
Corticosteroids/Immunosuppressant	هل تتعاطى أي سترويدات 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 شعاع القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	✓	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	✓	نوروز
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	أنيميا (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	✓	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض أخرى	✓	
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 ملتح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	✓	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية أخرى	✓	
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 السكرى أو امراض الغدة الدرقية؟	✓	
Other conditions	هل تعاني من أي امراض أخرى؟	✓	
HSV, 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 وأسبح الطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم 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 و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات 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 مصحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الاجراءات 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فحسي الملف صحيحة. و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر ان 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 الامر (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: 19.../02/2019

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

Vital Signs المؤشرات الحيوية

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

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ابحال 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

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	Elsayed,Ahmed,Elsayed,,Nasrelden	IDN:	784198931350965	Mother Name:	
Name (Ar)	السيد احمد السيد ناصر الدين	Card Number:	088047601	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	07/03/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	06/03/2021	Date of Birth:	01/02/1989	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	30120157013929	Residency Expiry:	06/03/2021
ID Type:	IL	Occupation:	96	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

12/19/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-006600

Date: 19-12-2019

RECEIPT VOUCHER

AED 472.50

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003610 - SAYED NASRELDEN - 971553303604

The sum of Dhs. Four Hundred Seventy Two and Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 472.50 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

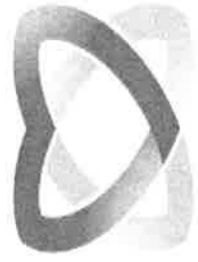
Bank: Cheque No. Date:

Being ADVANCE 3 SESSION CARBON LASER + VAT 1 SESSION DONE ON 19/12/2019 REMAINING 2 SESSION

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-006601)

Date: 19-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003610 - SAYED NASRELDEN - 971553303604

The sum of Dhs. One Hundred Fifty-Seven 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 157.50

Bank: Cheque No.

Date: 19-12-2019

Being CARBON LASER + 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 : 1003610 - SAYED NASRELDEN - 971553303604

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



مركز أوريد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 630.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006850

Date: 02-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003610 - SAYED NASRELDEN - 971553303604**The sum of Dhs. **Six Hundred Thirty Only**By Cash **630.00** / 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 3 SESSION MESO + VAT BALANCE 630**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.aewww.omc1.aeTotal Paid: **1432.50**

- ② CARBON = **315**
 - ② MESO = **840**

~~②~~ Balance For him **277.50**

② He will transfer The Balance to File No
 (1004268) For Two Session Full Face

Laser

31
 16/03/2020



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007044)

Date:13-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003610 - SAYED NASRELDEN - 971553303604

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty-Seven 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 **157.50**

Bank: Cheque No.

Date: 13-01-2020

Being **1 SESSION CARBON LASER + 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 : 1003610 - SAYED NASRELDEN - 971553303604

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-006850

RECEIPT VOUCHER

AED 630.00

Date: 02-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003610 - SAYED NASRELDEN - 971553303604**The sum of Dhs. **Six Hundred Thirty Only**By Cash **630.00** / 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 3 SESSION MESO + VAT BALANCE 630**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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 300.00	RECEIPT VOUCHER	No: REC-007212
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003610 - SAYED NASRELDEN - 971553303604		Date: 23-01-2020
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 3 SESSIONS MESO + VAT BALANCE 330		
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