



File No:

Date: 22/12/19

Date: 22/12/19

File Number: 103632

Patient Name: Aishah Ali

اسم المريض: عائشة علي

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 4/9/1980

Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

عزبة

Nationality (الجنسية): U.A.E

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): khj.kal.kal

Phone No. (رقم الهاتف): 0507507777

E-MAIL: aishah.ait@hotmail.com

How did you know about us: n.streg

التاريخ الطبي	Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
الحالة الطبية	Medical Condition		
هل تعاطى أي أدوية أو تلقي اي علاجات حديثا؟	Recent or current drugs/Medical Treatment	✓	
هل تعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	Cortosteroids/Immunosuppressant	✓	
هل لديك أي حساسية؟	Allergies	✓	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي امراض؟	Surgical Operations, Serious illness	✓	
جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	✓	
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميحات للدم؟	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	✓	
انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Anemia, Leukemia	✓	
امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	✓	
هل تعاطى من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	✓	
هل انت حامل؟ هل تعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	✓	
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	✓	
قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	✓	
هل تعاطى من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	Epilepsy, or any other neurological disease	✓	
هل تعاطى من مرض الغدة الدرقية؟	Thyroid Diseases, Diabetes	✓	
هل تعاطى من أي امراض أخرى؟ فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط etc	Other conditions HSV, HIV...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.

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 بكم خبرته المهنية و العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

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

و أدرك ان بعض الإجراءات 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 قدمت لي فحسي الملف صحيفياً و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر ان لدي المعلومات الكاطة 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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 ، اذخال للمستشفى

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'

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	Aisha, Ali, Murad, Alameeri	IDN:	784198086857053	Mother Name:	
Name (Ar)	عائشة علي مراد، الأحمري	Card Number:	088905279	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	305003879
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	03/05/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	03/05/2023	Date of Birth:	04/09/1980	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	2320	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

12/22/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,900.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006678)

Date:24-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003632 - AISHA 00. - 971507507727

The sum of Dhhs. One Thousand Nine Hundred Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,900.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-12-2019

Being for 1 implant

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 : 1003632 - AISHA 00. - 971507507727

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