



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

٢٥٥

صحة... ابتسامة... جمال  
Health ... Smile ... Beauty

File No: .....

Date: / /

Date: 26/02/2019

File Number: 1003656

Patient Name: ...

إسم المريض: ...

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 23/8/2002

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): ...

Occupation (الوظيفة): Student

Address (العنوان): ...

Phone No. (رقم الهاتف): 0505792765

E-MAIL: ...

How did you know about us: ...

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



### 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 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 أي ضمانات أو تأمين لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الإخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الإخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للعمليات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب أو القوم أو الزيف 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 قمحي الملف صحيفاً و أتفهم 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: ١٤/٠٤/٢٠١٤

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

Spacing & Tongue Thrusting

|   |  |
|---|--|
| التاريخ المرضي: Disease History   |  |
| الحساسية: Allergies   |  |
| الأدوية: Medications  |  |
| الحمل: Pregnancy  |  |
| عمليات سابقة: Previous Surgeries, Hospitalization<br>عمليات سابقة: أفعال للمستشفى |  |

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Space between teeth in DPL arch  
Class I Molar  
Tongue Thrusting -

Treatment Plan خطة العلاج

10-12 Months - Metal braces  
4000 + 700. (Longue thrusty app sh  
Down pay - 1000 R-  
/

Doctor's Signature and Stamp

.....





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006726)

Date:26-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003656 - IBRAHIM 00. - 971525579275

The sum of Dhs. **One Thousand Fifty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **1,050.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 26-12-2019

Being for bracing + 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 : 1003656 - IBRAHIM 00. - 971525579275

---

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008379)

Date:02-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003656 - IBRAHIM 00. - 971525579275

The sum of Dhs. **Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **315.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **02-04-2020**

Being **BRACES FOLLOW UP + 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 : 1003656 - IBRAHIM 00. - 971525579275

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