



Da Vinci  
DENTAL ART

9360  
x VAT

Dr. Name:

Patient:

Date: / /

Order No.:

M860

5 zircon 5000

+ veneer

4

3900

12 Veneer  
5 zircon

8

Veneers

300

2 composite filling

2 RCT

900

9828

0828

0828

Tel.: +971 4 359 4100, Fax: +971 4 359 4200, P.O. Box: 236989 - Dubai - U.A.E.  
info@davincidentalart.com, www.davincidentalart.com



File No: .....

Date: 28/12/19

Date: ٢٩/١٢/٢٠١٩ Abdullah Yagoub  
عبدالله يعقوب

File Number: 1003668

Patient Name: .....

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ١٤/١٣/١٩٨٧ Gender (الجنس): M / F

ص.م.م.م.م.م.

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): .....

مواطن من العراق/الاسلام

Address (العنوان): .....

Phone No. (رقم الهاتف): 056/812.1331

E-MAIL: .....

How did you know about us: .....

التاريخ الطبي Medical History		
الصفة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details اذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبّطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	نعم	عائتين للرباط الصليبي
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، 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 في الكلى أو 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 هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	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 الطبيب بملاح حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و  
أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي  
بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمراً مختلفاً عن ما ذكر في النص  
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 العلاجات و الإجراءات الطبية أو التشخيصية  
الطبية. كما أفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي  
المرضية.

أفهم ضمناً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون محتملة للفحوصات و الإجراءات  
العلاجية و الجراحية.

و أدرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات  
كالالتهاب أو القرح أو النزيف أو الألم أو الصدمة.

أفهم ان هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع  
الرسم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي شخصي لتلقي الخدمة و  
أفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ينبغي سرية تامة و لا يمكن الاطلاع عليها بدون  
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 الأمر (من هم دون السن القانونية):



التاريخ: 2019 / 12 / 28

للمؤشرات 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 ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تعاظمي 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

.....





United Arab Emirates  
Identity Card

دولة الإمارات العربية المتحدة  
بطاقة هوية

ID Number / رقم الهوية /  
784-1987-5058388-5

الإسم: عبدالله يعقوب احمد السركال ال علي

Name: Abdulla Yaqoub Ahmed Alsarikal  
Al Ali

Nationality: United Arab Emirates

The image shows a United Arab Emirates Identity Card. It features the national emblem of the UAE at the top left. The card contains the following information: Name: Abdulla Yaqoub Ahmed Alsarikal Al Ali; Nationality: United Arab Emirates; ID Number: 784-1987-5058388-5. There is a portrait of the cardholder on the right side and a small UAE flag icon below the name. The card is oriented vertically on the page.



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,000.00

**RECEIPT VOUCHER**

No: REC-006766

Date: 28-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003668 - ABDULLAH YAQOOB - 9715618121331**

The sum of Dhs. **Four Thousand Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **4,000.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

ing **ADVANCE FOR 12 VENEERS + 5 ZIRCON CROWN + 2 RCT + 2 COMPOSITE FILLING + VAT BALANCE 5828**

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](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 28.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-007048

Date: 13-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003668 - ABDULLAH YAQOOB - 9715618121331**The sum of Dhs. **Twenty Eight Only**By Cash **28.00** / 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 20 THEETH + 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

**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 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006989)

Date:09-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003551 - GULNAZ 00. - 971552734655

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: 09-01-2020

Being **1 SESSSION CARBON + 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 : 1003551 - GULNAZ 00. - 971552734655

---

**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 4,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007071)

Date:15-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003668 - ABDULLAH YAQOOB - 9715618121331

The sum of Dhs. **Four Thousand Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **4,000.00**

Bank: Cheque No.

Date: 15-01-2020

Being **5 ZIRCON CROWN \*1000 + VENEERS \*350 + 2 ROOT CANAL \*450 + 2 COMPOSITE \*150 + 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 : 1003668 - ABDULLAH YAQOOB - 9715618121331

15/01/2020  
Rana  
Tel: +9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail: info@omc1.ae  
www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 28.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007072)

Date:15-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003668 - ABDULLAH YAQOOB - 9715618121331

The sum of Dhs. **Twenty-Eight Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **28.00**

Bank: Cheque No.

Date: 15-01-2020

Being **REST PAID BY 2 CHQS DATED ON 5-2-2020 AMT 2900 AND 5-3-2020 AMT 2900**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 : 1003668 - ABDULLAH YAQOOB - 9715618121331

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