



File No: .....

Date: 8/1/2020

Date: 8/1/2020

File Number: 1003753

Patient Name: Abdel AZIZ

إسم المريض: عبد العزيز محب الدين

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / ... / ...

Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): الإمارات

Occupation (الوظيفة):

الموظف

Address (العنوان): الشارقة

الموظف

E-MAIL: a.c.50.80.100.50@gmail.com

Phone No. (رقم الهاتف): 0508010050

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

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة 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 حديداً؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (نقر الدم)، لوكيميا	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV ... etc فيروس الأيدز، 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 أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل،

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الامثل و الخدمة الافضل.

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 لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم 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 الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فتمني للملف صحية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا 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 (نصبة الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (نصف 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 ، أبحال 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

File No: .....

Date: / /

## Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....





Abdelaziz Hussain Ahmed Al Yasssi  
 Government Of Sharjah  
 Sharjah International Airport

ID: 735-29-H000173-00 YOB: 1987 Staff ID: 2791

Validity: 01/01/20 to 31/12/20 Plan: Unified

NW: Comprehensive Incl AND Room: Private

Maternity: No | Dental: Yes 20% Copay | Optical: No

OP - Ded: PC: 10% max AED 30

OP: 10% on all services including medicine

IP & OP: 20% at Zahra Hosp SHJ - DXB & Zahra MC

IP & OP: 20% at Welcare, City Hosp. & American HD



REDAD DATA

cAeAIOEBAA830DQxO

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	Abdelaziz,Hussain,Ahmed,Buhussain,Alyassi	IDN:	784198731517177	Mother Name:	Gosia
Name (Ar)	عبدالعزيز،حسين،أحمد،بوحسين،الياسي	Card Number:	088694060	Mother Name (Ar):	غوسية شيوخ
Title:		Nationality (Ar):	ARE	Family ID:	301022721
Title(Ad):		Nationality	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	19/04/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	19/04/2028	Date of Birth:	01/07/1987	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	09	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

1/8/2020



نموذج مطالبة المصاريف الطبية Medical Expenses Claim Form

To be completed by Medical Attendant in full

يتم تعبئة هذا الطلب من قبل الطبيب المعالج بالكامل

اسم المريض:	إسم المريض:
تاريخ الميلاد:	تاريخ الميلاد:
رقم بطاقة التأمين:	رقم بطاقة التأمين:
اسم حامل الوثيقة:	إسم حامل الوثيقة:
رقم الهاتف المتحرك:	رقم الهاتف المتحرك:
رقم الملف الطبي:	رقم الملف الطبي:
الجنسية:	الجنسية:

نوع الزيارة	الزيارة الأولى	متابعة	Follow up	First visit
سبب الزيارة:	إصابة عمل	مرض جسدي	حمل وولادة	Cause of visit: <input type="checkbox"/> Work related <input type="checkbox"/> Injury <input type="checkbox"/> Physical <input type="checkbox"/> Maternity <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Others
الأعراض:	حالات أخرى	حادث		
السبب:				
المدة:				
هل عانى المريض سابقاً من هذه الحالة المرضية؟ إذا "نعم"، الفترة التي عانى فيها:	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
هل عانى المريض سابقاً من مرض أو إصابة تسببت في هذه الحالة المرضية؟ إذا نعم، أشرح الحالة:	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
الفترة الزمنية للحالة:				
التشخيص:				
مرض مزمن: (Chronic):				
التصنيف الدولي للمرض:				
العلاج:	دواء <input type="checkbox"/>	حقنة <input type="checkbox"/>	إجراء طبي <input type="checkbox"/>	أخرى <input type="checkbox"/>
التصنيف الدولي للمرض:				
العلاج:				

يرجى تحديد الإجراء الطبي

If any of the following is required, please specify type of test and indication

الإجراء المطلوب	CPT Code	التصنيف	Investigations	النوع	CPT Code	التصنيف
1					4	
2					5	
3					6	
Indications:						

الأسباب

I certify that I have satisfied myself by personal examination that all the foregoing statements are accurate and correct

أشهد بناءً على فحصي الشخصي للمريض أن البيانات أعلاه صحيحة و دقيقة

Signature & stamp: (التوقيع): (الموئل) Qualifications

DECLARATION: I hereby consent to and authorize the attending physician to provide AL- BUHAIRA NATIONAL

INSURANCE COMPANY with complete information, including copies of my records with reference to any sickness

or accident, any treatment, examination, advice or hospitalization. Any photocopy of this authorization shall be taken as

original copy.

تصريح: أنا الموقع أدناه أوافق الجهة الطبية تزويد شركة البحيرة الوطنية للتأمين بكافة المعلومات الطبية أو أي تقارير طبية بخصوص أي مرض أو حادث

أو علاجات أو فحوصات أو استشارات أو استشفاء. أي نسخة عن هذا التفويض تعتبر نسخة أصلية.

Patient's signature:

توقيع المريض

Date of visit:

تاريخ الزيارة



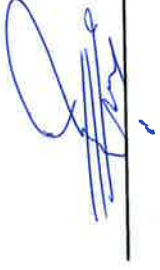
## ورقة الموافقة على العلاج بجهاز التخثير الكهربائي

- أؤكد بأنه تم شرح كيفية إجراء العلاج وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه، لقد تم إبلاغي تحديدا بما يلي:
- سوف يحدث بعد هذا الإجراء من ردود الفعل الشائع حدوثها مثل فقر الدم أو العدوى أو ردود فعل نتيجة التخدير و تشكل ندبات سميكة أو رقيقة و تلون الجلد أو ضمور بالجلد و من الممكن نكس الآفات.
- في حال حدوث أي نوع من أنواع العدوى الجلدية قد تكون هناك حاجة الى علاجات اضافية او مضادات حيوية توصف من قبل الطبيب المختص.
- أتفهم أن الرعاية الطبية تتطلب التعاون و لذلك سوف أتابع جميع تعليمات الطبيب بخصوص الفترة التي تلي الاجراء.
- و اتفهم أيضا انه لا يوجد ضمان لنتيجة أي علاج و أنه يجب علي دفع رسوم أي علاجات لاحقه لهذا الإجراء.
- كما إنني أتفهم مدى اهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء او تأجيل المواعيد وأيضا أتفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

اسم المريض:

عبدالله بن محمد بن عبدالمجيد



التوقيع:



مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006969)

Date:08-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003753 - ABDEL AZIZ HUSSAIN - 971508010050

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: 08-01-2020

Being **CAUTERY + 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 : 1003753 - ABDEL AZIZ HUSSAIN - 971508010050

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



مركز أوريد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,000.00

No: REC-006978

RECEIPT VOUCHER

Date: 09-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003630 - ABD ALAZEZ ALANSAARI - 971553033373**

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

By Cash **4,000.00** / 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 RCT AND ZIRCON + 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)**