



File No: 1003780

Date: 11/1/2020

Date: 11/1/2020

File Number: 1003780

Patient Name: Nizar Yousef

اسم المريض: نزار يوسف

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 18/10/1995

Gender (الجنس): M

Marital Status (الحالة الاجتماعية): F

Nationality (الجنسية): اردني

Occupation (الوظيفة): طالب

Address (العنوان): شارع نصير صيدا

Phone No. (رقم الهاتف): 0521231443

E-MAIL: nezak.shahin@yahoo.com

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 حديثة؟   | خ                  |   |
| Corticosteroids/Immunosuppressant<br>هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟   | خ                  |   |
| Allergies<br>هل لديك أي حساسية؟   | خ                  |   |
| Surgical Operations, Serious Illness<br>هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟   | خ                  |   |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease<br>جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | خ                  |   |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants<br>هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟  | خ                  |   |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم)<br>انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)  | خ                  |   |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other<br>أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى   | خ                  |   |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease<br>هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟  | خ                  |   |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems<br>هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟   | خ                  |   |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases<br>التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى   | خ                  |   |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other<br>قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟   | خ                  |   |
| Epilepsy, or any other neurological disease<br>هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟  | خ                  |   |
| Thyroid Diseases, Diabetes<br>هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟  | خ                  |   |
| Other conditions<br>هل تعاني من أي أمراض أخرى؟<br>HSV, HIV...etc<br>فيروس الإنز، فيروس الحلا البسيط etc   | خ                  |   |

### 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:

١٤ / ١ / ٢٠٢٠



### 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 الأفضل 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 تعمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

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

و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي 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 لدي فتحتي للملف صحية، و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار و أن 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: ... / ... / .....

## المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg      Height (الطول): cm      Blood Type (فصيلة 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 ، اإخال 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\*

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**

|                        |                                 |                          |                 |                          |                                     |
|------------------------|---------------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-------------------------------------|
| <b>Name</b>            | Nizar, Thaeer, Yousef, Alshamaq | <b>IDN:</b>              | 784199525918795 | <b>Mother Name:</b>      |                                     |
| <b>Name (Ar)</b>       | نزار ثائر يوسف الشماق           | <b>Card Number:</b>      | 097340551       | <b>Mother Name (Ar):</b> |                                     |
| <b>Title:</b>          |                                 | <b>Nationality:</b>      | JOR             | <b>Family ID:</b>        |                                     |
| <b>Title(Ar):</b>      |                                 | <b>Nationality (Ar):</b> | الأردن          |                          |                                     |
| <b>Issue Date:</b>     | 11/11/2019                      | <b>Sex:</b>              | M               | <b>Sponsor Type:</b>     | 06                                  |
| <b>Expiry Date:</b>    | 06/11/2021                      | <b>Date of Birth:</b>    | 18/10/1995      | <b>Sponsor Name:</b>     | القصر النباتي للمواد الغذائية ذ م م |
| <b>Marital Status:</b> | 01                              | <b>Husband IDN:</b>      |                 | <b>Sponsor Number:</b>   | 00                                  |
| <b>Residency Type:</b> | 02                              | <b>Residency Number:</b> | 10120192319254  | <b>Residency Expiry:</b> | 06/11/2021                          |
| <b>ID Type:</b>        | IL                              | <b>Occupation:</b>       | 02              | <b>Occupation Field:</b> | 00                                  |



Photo



Signature Image

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

1/23/2020





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-007092

AED 3,142.50

RECEIPT VOUCHER

Date: 16-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003780 - Nizar Yousef - 971521231445**The sum of Dhs. **Three Thousand One Hundred Fourty Two and Five Fils Only**By Cash **3,142.50** / 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 veneers + vat balance 3000**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)

Discount 10%  
Rana

000D1eUnNbfazFSJc86

EI NAD AL HAMAR

شيك  
CHEQUE

الإمارات الإسلامية  
EMIRATES ISLAMIC  
Personal Banking

Date 23/2/2020 التاريخ

Pay Against  
This Cheque to  
or Bearer

مركز أوكية الطبي

ألف وخمسة مائة درهم فقط لا غير

ادفعوا بموجب هذا الشيك إلى  
أو لحامله

دراهم  
AED  
#1500#

MOHAMMED FUAD AHAMED GHADIEH  
A/C No. 3708306123301  
AE05 0340 0037 0830 6123 301

مصرف الإمارات الإسلامي للبيوع  
Emirates Islamic Bank P.J.S.C.

Do Not Write Below This Line

١١٠٠٠٠٠٠ ١٨٠٩٠٣٤٢٠ ١٩٦١٠٠٨٣٠٦ ١٢٣٣٠

التوقيع  
Signature

شيك  
CHEQUE

١/ك٧٥٤٠٤١٥+8NPGMw١H

EI NAD AL HAMAR



الإمارات الإسلامية  
EMIRATES ISLAMIC  
Personal Banking

Date 23/3/2020 التاريخ

Pay Against  
This Cheque to  
or Bearer

مركز أوكية الطبي

ألف وخمسة مائة درهم فقط لا غير

ادفعوا بموجب هذا الشيك إلى  
أو لحامله

دراهم  
AED  
#1500#

MOHAMMED FUAD AHAMED GHADIEH  
A/C No. 3708306123301  
AE05 0340 0037 0830 6123 301

مصرف الإمارات الإسلامي للبيوع  
Emirates Islamic Bank P.J.S.C.

Do Not Write Below This Line

١١٠٠٠٠٠٠ ١٨٠٩٠٣٤٢٠ ١٩٦١٠٠٨٣٠٦ ١٢٣٣٠

التوقيع  
Signature

تم ايداع الشيك في الحساب رقم ١٢٣٣٠

فلا عادل رفيف حانن

وعلى أوفى









مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,142.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007222)

Date:24-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003780 - Nizar Yousef - 971521231445

The sum of Dhs. Three Thousand One Hundred Forty-Two 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 3,142.50

Bank:

Date: 24-01-2020

Being 20 TEETH VENEERS + VAT BALANCE PAID BY 2 CHQ DATED ON 23-2-2020 AMT 1500 CHQ NO:000016 AND CHQ NO:000018 DATED ON23-3-2020 AMT 1500

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 : 1003780 - Nizar Yousef - 971521231445

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

**www.omc1.ae**