



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: / /

Date: 6/2/2020

File Number: 1003979

Patient Name: Sara Ezzeldine

إسم المريض: .....

Date Of Birth: 19/10/2003 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): .....

Nationality: Lebanese Occupation: .....

Phone No. (رقم الهاتف): 0568919332

Address: Al mazaz 3

E-MAIL: Sara.Ezzeldine.x.5@hotmail.com How did you know about us: .....

| التاريخ الطبي<br>Medical History | الحالة الطبية<br>Medical Condition                                                                                                                                          | Yes/No<br>نعم / لا | If 'YES' give details<br>إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------|
|                                  | Recent or current drugs/Medical Treatment<br>هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثا؟                                                                                   | NO                 |                                                             |
|                                  | Corticosteroids/Immunosuppressant<br>هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟                                                                                               | NO                 |                                                             |
|                                  | Allergies هل لديك أي حساسية؟                                                                                                                                                | NO                 |                                                             |
|                                  | Surgical Operations, Serious illness<br>هل أجريت 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 مبيحات للدم؟                                            | NO                 |                                                             |
|                                  | Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لو كيميا (سرطان الدم)                                                                                                                          | 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 أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟                                           | NO                 |                                                             |
|                                  | Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases<br>التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي 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 هل تعاني من أي امراض أخرى؟<br>HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc                                                                          | 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 يكشف 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 لتنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التحضيرية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك 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 ان جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فتحي لل ملف صحية و أتفهم ان أي 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: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

|                           |     |                                            |    |                                     |
|---------------------------|-----|--------------------------------------------|----|-------------------------------------|
| الوزن (البروز):<br>Weight | Kg  | الطول (الطول):<br>Height                   | cm | نوع الدم (نوع الدم):<br>Blood Type  |
| النبض (النبض):<br>Pulse   | ppm | الضغط الدم (الضغط الدم):<br>Blood Pressure | /  | سكر الدم (سكر الدم):<br>Blood Sugar |

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ادخال 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

.....

SARA EZZEDDINE  
100 3955

FILE NO#:

PATIENT NAME:

| DATE   | TREATMENT                                             | PAYMENT | BALANCE | SIGNATURE                                                                         |
|--------|-------------------------------------------------------|---------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 7/3/20 | Go Aene<br>Pro foundal done 3 steps only<br>mask used |         |         |  |
|        |                                                       |         |         |                                                                                   |
|        |                                                       |         |         |                                                                                   |
|        |                                                       |         |         |                                                                                   |
|        |                                                       |         |         |                                                                                   |
|        |                                                       |         |         |                                                                                   |
|        |                                                       |         |         |                                                                                   |
|        |                                                       |         |         |                                                                                   |
|        |                                                       |         |         |                                                                                   |
|        |                                                       |         |         |                                                                                   |
|        |                                                       |         |         |                                                                                   |
|        |                                                       |         |         |                                                                                   |
|        |                                                       |         |         |                                                                                   |
|        |                                                       |         |         |                                                                                   |
|        |                                                       |         |         |                                                                                   |
|        |                                                       |         |         |                                                                                   |
|        |                                                       |         |         |                                                                                   |
|        |                                                       |         |         |                                                                                   |
|        |                                                       |         |         |                                                                                   |
|        |                                                       |         |         |                                                                                   |
|        |                                                       |         |         |                                                                                   |
|        |                                                       |         |         |                                                                                   |
|        |                                                       |         |         |                                                                                   |
|        |                                                       |         |         |                                                                                   |
|        |                                                       |         |         |                                                                                   |
|        |                                                       |         |         |                                                                                   |
|        |                                                       |         |         |                                                                                   |

Dr. Sara Ezzeddine  
NCH License No: 1826  
Orchid Medical Center

REDAD DATA

cAEAIOEBAA83ODQyMI

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            | Sara Bassam,Ezzeddine | IDN:              | 784200317165809 | Mother Name:      |                  |
| Name (Ar)       | سارة بسماء عز الدين   | Card Number:      | 093582880       | Mother Name (Ar): |                  |
| Title:          |                       | Nationality:      | LBN             | Family ID:        |                  |
| Title(Ar):      |                       | Nationality (Ar): | لبنان           |                   |                  |
| Issue Date:     | 13/03/2019            | Sex:              | F               | Sponsor Type:     | 03               |
| Expiry Date:    | 17/02/2021            | Date of Birth:    | 14/10/2003      | Sponsor Name:     | بسم فضل عز الدين |
| Marital Status: | 01                    | Husband IDN:      |                 | Sponsor Number:   | 12152139         |
| Residency Type: | 03                    | Residency Number: | 20120133097002  | Residency Expiry: | 17/02/2021       |
| ID Type:        | IL                    | Occupation:       | 98              | Occupation Field: | 00               |



Photo

Signature Image

SARA

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

2/6/2020



مركز أوركيڤد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-007505

Date: 06-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003979 - SARA 000 - 971568919332

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty Seven and Five Fils Only**By Cash **157.50** / 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 1 SESSION 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

**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 أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008068)

Date:07-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003979 - SARA 000 - 971568919332

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: 07-03-2020

Being **facial + 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 : 1003979 - SARA 000 - 971568919332

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