



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... إيسالمة... جمال
Health ... Soule ... Beauty

File No:

Date: 24/2/2020

Date: ... / ... /

File Number: 1004109

Patient Name: Alaa Timany اسم المريض:

Date Of Birth: 26/3/1999 Gender: M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality: (Lebanese) Occupation: (الوظيفة)

Address: (Ajman) Phone No. (رقم الهاتف): 055.63.78.790

E-MAIL: How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition		
هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟ Recent or current drugs/Medical Treatment	No	
هل تتعاطى أي مثبطات للمناعة؟ Corticosteroids/Immunosuppressant	No	
هل لديك أي حساسية؟ Allergies	No	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟ Surgical Operations, Serious Illness	No	
جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	No	
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟ High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	No	
انيميا (فقور الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) Anemia, Leukemia	No	
امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	No	
هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟ Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	No	
هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	No	
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	No	
قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟ Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	No	
هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟ Epilepsy, or any other neurological disease	No	
هل تعاني من مرض السكرى أو امراض الغدة الدرقية؟ Thyroid Diseases, Diabetes	No	
هل تعاني من أي امراض اخرى؟ فيروس الأيدز، فيروس الحلا البسيط etc Other conditions HSV, HIV...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 لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية 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 و الإجراءات 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 أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فحسي السلف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون 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: ... / ... /

المؤشرات الحيوية Vital Signs			
الوزن (Kg): Weight	Kg	الطول (cm): Height	cm
النبض (ppm): Pulse	ppm	الضغط (mmHg): Blood Pressure	/
		نوع الدم (Blood Type): Blood Type	
		سكر الدم (Blood Sugar): Blood Sugar	

سبب زيارة المريض للعيادة
Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

عمليات سابقة: Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة: الخال المستشفى

التدخين (Smoking): Y / N

الكحول (Alcohol): Y / N

العقاقير (Drugs): 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

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
24-2-2020	19 Venereis 19 فبراير			D. Alex

Dr. Amira Hossain
 G.P. General Dentist
 MOH License No: 35728
 Orchid Medical Cent.

REDAD DATA

:cAEAlOEBA830DQXO

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	Alaa, Farid, , Altimani	IDN:	784199958183255	Mother Name:	
Name (Ar)	علاء فرید ،، التيماني	Card Number:	098053627	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	LBN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	لبنان		
Issue Date:	05/01/2020	Sex:	M	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	27/12/2020	Date of Birth:	26/07/1999	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120197370569	Residency Expiry:	27/12/2020
ID Type:	IL	Occupation:	05	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

2/24/2020



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 6,225.25

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007956)

Date:03-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004109 - ALAA 000 - 971556378790

The sum of Dhs. Six Thousand Two Hundred Twenty-Five Dirhams and Twenty-Five Fils Only

By Cash 4,725.25 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 1,500.00

Bank: Cheque No.

Date: 03-03-2020

Being 19 VENEERS + VAT DISCOUNT 100 AED

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 : 1004109 - ALAA 000 - 971556378790

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

03/03/2020
Rana
Discount



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 500.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007957)

Date:03-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004109 - ALAA 000 - 971556378790

The sum of Dhs. Five Hundred 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 500.00

Bank: Cheque No:

Date: 03-03-2020

Being 19 VENEERS + 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 : 1004109 - ALAA 000 - 971556378790

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