



File No:

Date: / /

Date: 26/2/2020

File Number: 1004135

Patient Name: Fatima Hasan

اسم المريض: فاطمة حسن

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 16/3/1993

Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): كويتية

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): السانديرة الحان بنت الخالد 101

Phone No. (رقم الهاتف): 551055987

E-MAIL:

How did you know about us:

التاريخ الطبي	Medical History	الحالة الطبية	Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
	هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثاً؟	Recent or current drugs/Medical Treatment		X	
	هل تعاطى أي سترويدات أو مضطبات للمناعة؟	Corticosteroids/Immunosuppressant		X	
	هل لديك أي حساسية؟	Allergies		X	
	هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعالي من أي امراض؟	Surgical Operations, Serious Illness			عملية ولة قلبية
	هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعالي من أي امراض؟	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease		X	
	هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات للدم؟	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants		X	
	انيميا (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	Anemia, Leukemia		X	
	امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other		X	
	هل تعالي من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease		X	
	هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems		X	
	التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases		X	
	قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other		X	
	هل تعالي من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	Epilepsy, or any other neurological disease		X	
	هل تعالي من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	Thyroid Diseases, Diabetes		X	
	هل تعالي من أي امراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا السبب etc	Other conditions HSV, HIV...etc		X	

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 تذكر 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 التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب 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 قدمته لدي قفصي الملف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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 (لمن هم دون السن القانونية):



التاريخ: 2020.12.26

السجيرة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs	
Weight (الوزن): Kg	Blood Type (دم فصيلة):
Pulse (النبض): ppm	Blood Sugar (دم سكر):
Height (الطول): cm	
Blood Pressure (دم ضغط): /	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، أحوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعوي 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

.....



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 682.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007959)

Date:03-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004135 - FATIMA 000 - 971552067006

The sum of Dhs. Six Hundred Eighty-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 682.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Date: 03-03-2020

Being 1 session whitting + 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 : 1004135 - FATIMA 000 - 971552067006

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



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,300.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007969)

Date:04-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004135 - FATIMA 000 - 971552067006

The sum of Dhs. **One Thousand Three Hundred Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **650.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **650.00**

Bank: Cheque No.

Date: 04-03-2020

Being **1 zircon crown + vat + 1 post and core build up**

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 : 1004135 - FATIMA 000 - 971552067006

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 650.00

No: REC-007854

RECEIPT VOUCHER

Date: 26-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004135 - FATIMA 000 - 971552067006**

The sum of Dhs. **Six Hundred Fifty Only**

By Cash **650.00** / 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 postand + zircon + vat balance 650**

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
www.omc1.ae