



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: / /

Date: 29/2/2024

File Number: 1004151

Patient Name: Rana Esam رانا عيسى

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): / / Gender (الجنس): M / (F) ♂

Nationality (الجنسية): Occupation (الوظيفة):
Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single

Address (العنوان): Phone No. (رقم الهاتف): 050/3083332

E-MAIL: How did you know about us: 38

Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟			
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 أمراض؟		لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض 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) أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)		لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى		لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو الأمراض بولية أو تناسلية؟		لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي موانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟		لا	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HIV, HSV...etc فيروس الإيدز، 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.

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 تامين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للخصوات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو القروح 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 قدّمته لدي قمضي الملف صحياً و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بمالتي 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

توقيع المريض / ولي الأمر (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: 2020.12.12

Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg

Height (الطول): cm

Blood Type (فصيلة الدم):

Pulse (النبض): ppm

Blood Pressure (ضغط الدم): /

Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization

عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,775.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-007902

Date: 29-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004151 - RANA esam - 971503083232

The sum of Dhs. Three Thousand Seven Hundred Seventy Five Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 3,775.00 (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 5500 + vat balance paid by 2 chqs dated on 1/4/2020 and 1/5/2020 each chq amt 1000 dubai islamic bank

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

www.omc1.ae

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO*

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	Bashar, Mohd Safa,, Silwayeh	IDN:	784197336329467	Mother Name:	
Name (Ar)	بشار محمد صفا وسليويه	Card Number:	097601129	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	27/11/2019	Sex:	M	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	24/11/2022	Date of Birth:	02/01/1973	Sponsor Name:	معهد الشارقة للسياحة ذ م م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	30119977060794	Residency Expiry:	24/11/2022
ID Type:	IL	Occupation:	96	Occupation Field:	00



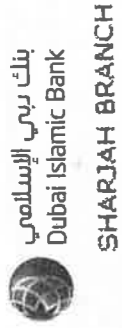
Photo



Signature Image

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

2/29/2020



بنك دبي الإسلامي
Dubai Islamic Bank

SHARJAH BRANCH

Pay against this cheque to the order of
or the Bearer

Date ٢٠٢٠ / ٤ / ١ التاريخ

ادخل بموجب هذا الشيك رقم
أو حالته

دريم
AED # ١٠٠٠ #

دريم
ألف درهم فقط لا غير

التوقيع
Signature

BASHAR MOHAMED SAFA SELWAIA
A/C # 007-520-5391482-01

Account No.

Do not write below the space

٣٠ ٢٦ ٥١ ٢٠ ٢٤ ٣٠ ١٥ ١٠ ٢١ ٠٥ ٣٩ ١ ٤ ٨ ٢ ٠ ١



بنك دبي الإسلامي
Dubai Islamic Bank

SHARJAH BRANCH

Pay against this cheque to the order of
or the Bearer

Date ٢٠٢٠ / ٥ / ١ التاريخ

ادخل بموجب هذا الشيك رقم
أو حالته

دريم
AED # ١٠٠٠ #

دريم
ألف درهم فقط لا غير

التوقيع
Signature

BASHAR MOHAMED SAFA SELWAIA
A/C # 007-520-5391482-01

Account No.

Do not write below the space

٣٠ ٢٦ ٥١ ٢٠ ٢٤ ٣٠ ١٥ ١٠ ٢١ ٠٥ ٣٩ ١ ٤ ٨ ٢ ٠ ١



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,775.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008138)

Date:12-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004151 - RANA esam - 971503083232

The sum of Dhs. Three Thousand Seven Hundred Seventy-Five 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 3,775.00

Bank: Cheque No.

Date: 12-03-2020

Being 20 TEETH VENEERS + VAT RST PAID BY 2 CHQS DATED ON 1-4-2020 AND 1-5-2020 EACH 1000 DUBAI ISLAMIC BANK

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 : 1004151 - RANA esam - 971503083232

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