



File No: .....

Date: 23/12/2020

Date: ... / ... / .....

File Number: 1004253

Patient Name: Siham Jrafi

إسم المريض: .....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 23/12/80 Gender: M (F)

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

Nationality (الجنسية): .....

Phone No. (رقم الهاتف): 0595443385

Address (العنوان): .....

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 الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	X	الكولستورول
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟		
Allergies هل لديك أي حساسية؟	X	حبوب حساسية
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟		
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب		
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا (نقر الدم)	X	فيتامينات
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى		
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟		
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، امراض كبدية اخرى		
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟		
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟		
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو امراض الغدة الدرقية؟		
Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟		
HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc		



### 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:

التاريخ: ١٤ / ٥ / ٢٠٢٥

### نموذج أقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المرفق.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أجراء 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 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 ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو القوم أو التزيف 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 قمته لدي قمتي الملف صحية و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستنقى سرية تماما و لا يمكن الأطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم هذا الأقرار 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):

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نمط 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، إخال للمستشفى

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**

Name	Siham جرافى	IDN:	784198074939038	Mother Name:	Najat
Name (Ar)	سيهام جرافى	Card Number:	089254786	Mother Name (Ar):	نجاة
Title:		Nationality:	MAR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المغرب		
Issue Date:	27/05/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	02
Expiry Date:	23/05/2021	Date of Birth:	23/10/1980	Sponsor Name:	هيايل سعيد خديش سعيد على الحمدانى
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	32998332
Residency Type:	03	Residency Number:	20120103051031	Residency Expiry:	23/05/2021
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

3/12/2020



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-008615

**RECEIPT VOUCHER**

AED 1,250.00

Date: 28-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004253 - siham jrafi - 971505443385**The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Fifty Only**By Cash **1,250.00** / 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 12 veneers + zircon + 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)**





Date 30/04/2020

Pay against this cheque to the order of the Bearer

Orchid Medical Center

Dinams One Thousand Two Hundred

Fifty Only

١٢٥٠/٠٠

Signature

100048130243060710000038680



Date 30/05/2020

Pay against this cheque to the order of the Bearer

Orchid Medical Center

Dinams One Thousand Two Hundred

Fifty Only

١٢٥٠/٠٠

Signature

100050130243060710000038680





مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,750.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008330)

Date:30-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004253 - siham jrafi - 971505443385

The sum of Dhs. Two Thousand Seven Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 250.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 2,500.00

Bank: Cheque No.

Date: 30-03-2020

Being 11 veneers \* 275 + 2 zircon crown \*987.50 + vat balance paid by 2 chqs dated on 30-4-2020 + 30-5-2020 amt each 1250 dubai islamic bank

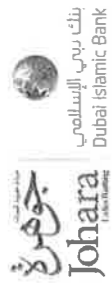
Made by Rana

- 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 : 1004253 - siham jrafi - 971505443385

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

*(Handwritten signature and date)*  
30/03/2020  
Rana



Date 30/04/2020

إدخل بموجب هذا الشيك لأمر  
أعماله

Pay against this cheque to the order of  
or the Bearer **Orchid Medical Center**

Dinams **One Thousand Two Hundred Fifty Only** رقم الشيك **1250/-**

SIHAM JRAFI

Cheque No. A/C # 007-520-0003868-01

Account No.

التوقيع  
Do not write below the space

٠٠٠٠٤٨٠٣٠٢٤٣٠١٠٧٠٠٠٠٠٣٨٦٨٠



Date 30/05/2020

إدخل بموجب هذا الشيك لأمر  
أعماله

فرع الشفا رقية

Pay against this cheque to the order of  
or the Bearer **Orchid Medical Center**

Dinams **One Thousand Two Hundred Fifty Only** رقم الشيك **1250/-**

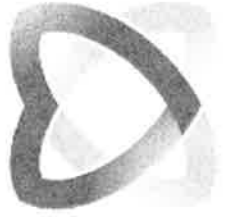
SIHAM JRAFI

Cheque No. A/C # 007-520-0003868-01

Account No.

التوقيع  
Do not write below the space

٠٠٠٠٥٠٣٠٢٤٣٠١٠٧٠٠٠٠٠٣٨٦٨٠



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-008186

RECEIPT VOUCHER

AED 2,500.00

Date: 18-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004253 - siham jrafi - 971505443385**The sum of Dhs. **Two Thousand Five Hundred Only**By Cash **2,500.00** / 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 12 VEENERS + 2 ZIRCON + VAT BALANCE 2750**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**