



File No:

Date: 2 / 4 / 2020

Date: 2 / 4 / 2020

File Number: 1004343

Patient Name: Hassan Saleh

اسم المريض:

Date Of Birth: 22/2/2005 (تاريخ الميلاد) (M) / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality: V.A.E (الجنسية) Occupation: (الوظيفة)

Address: Sakajnah

Phone No. (رقم الهاتف): 05559710767

E-MAIL: wa@f.h.d...seefets@khatmail.com How did you know about us: 0561955575

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم الذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	X	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	X	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	X	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	X	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	X	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	X	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	X	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	X	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من اي امراض في الكلى او امراض بولية او تناسلية؟	X	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	X	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى	X	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، اي امراض معوية اخرى؟	X	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟	X	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	X	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلاّ البسيط	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 وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

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

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف 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 الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتأجيل النتائج العلاجية و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي. كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو اليريق 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 قدتمت لي فحسي الملف صحية و أتفهم ان أي معلومات تتلقى بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا 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):

SUS

التاريخ: 20.../4/2020

استشارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (الوزن): Kg 113 (مضبة الدم): Blood Type
النبض (النبض): ppm (ضغط الدم): / (سكر الدم): Blood Sugar

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

الجراحات السابقة، عمليات المستشفى
Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (التدخين): Y / N

الكحول (الكحول): Y / N

الأدوية (الأدوية): Y / N

الملاحظات العامة والسيرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

التصوير الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQyMI

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	Hassan,Saleh,Hamad,,Alhameli Alshamsi	IDN:	784200550968422	Mother Name:	
Name (Ar)	حسن صالح حمد الهاملي الشامسي	Card Number:	092173719	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	ARE الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	301014154
Title(Ar):		Sex:	M	Sponsor Type:	
Issue Date:	13/12/2018	Date of Birth:	22/02/2005	Sponsor Name:	
Expiry Date:	13/12/2023	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	01	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	98	Occupation Field:	00
ID Type:	ID				

Photo



Signature Image

No signature / بدون إمضاء

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

4/2/2020



بنك دبي الإسلامي
Dubai Islamic Bank

AL TOWAR BRANCH

Pay against this cheque to the order of
or the Bearer

فرع التطوير

Orchid Medical Center

Date 30-4-2023

يقبل بموجب هذا الشيك الأمر
تحتياجه

Dimas
Two Thousand Eight Hundred Eighty
Seven & Fifty Fils Only

2887.60/-

SHAIKHA JASIM SAEED ALSHAMSI
A/C # 024-523-1409303-01

Signature

S/S

Cheque No. Account No.

Do not write below this space

لا تكتب تحت هذا المكان

000006 0242012403 3140930301



مركز أوركيڤ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,887.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008510)

Date:14-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004343 - hasan saleh - 971559710767

The sum of Dhs. **Two Thousand Eight Hundred Eighty-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 2,887.50

Bank: Cheque No.

Date: 14-04-2020

Being 20 veneers + vat balance paid by 1 chq dated on 30-4-2020 amt 2887.50 dib

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 : 1004343 - hasan saleh - 971559710767

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