



File No:

Date: 5/4/2020

Date: ... / ... /

File Number: 1004351

Patient Name: H.A.M.A.N. ALI

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 19/2-2006 Gender (الجنس): M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): S.A.U. Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): S.H.A.M.A.L. J.A. / A.M.A.N. Phone No. (رقم الهاتف): 056332248224

E-MAIL: p.h.a.m.a.n.a.l.c.h.a.b.o.q.m.a.l.a.s.a.m How did you know about us:

Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟		✓	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبّطات للمناعة؟		✓	
Allergies هل لديك أي حساسية؟		✓	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي امراض؟		✓	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، 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 مميّعات للدم؟		✓	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)		✓	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى		✓	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟		✓	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		✓	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي 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 تعاليت من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟		✓	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟		✓	
Other conditions HIV, HSV...etc هل تعاليت من أي امراض اخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط		✓	



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: ٢٠٢٥ / ١٤ / ٢٠

نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بملاح حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتفهم ان 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 الحصر 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 انه لم يتم تقديم اي ضمانات او تعين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للعمليات 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 الالم أو الحساسية

أتفهم ان هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و ان جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر ان كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي قد بقي للملف صحية و اتفهم 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

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نوعية 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، إدخال المستشفى

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

.....



مركز أوركيڤد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 100.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008748)

Date: 09-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004351 - HANAN ALI - 971563324824

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 100.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 09-05-2020

Being 1 composite filling

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 : 1004351 - HANAN ALI - 971563324824

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