



File No:

Date: 14 / 4 2020

Date: ... / ... /
Patient Name: Abdulla File Number: 1004389
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 9/12/1988 Gender (الجنس): M / F اسم المريض: عبدالله عبد الله
Nationality (الجنسية): السعودية Occupation (الوظيفة): موظف Marital Status (الحالة الاجتماعية): متزوج
Address (العنوان): شعب مزارع Phone No. (رقم الهاتف): 0563563366
E-MAIL:

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
Medical Condition الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details اذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	<input checked="" type="checkbox"/>	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مبيعات للدم؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	<input checked="" type="checkbox"/>	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	<input checked="" type="checkbox"/>	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع الحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	<input checked="" type="checkbox"/>	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
Other conditions من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الحلا البسيط	<input checked="" type="checkbox"/>	



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 ذكر في القمص 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 لتتائج العلاجات 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 أترك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو التزيف أو الألم أو الحساسية

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

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي تخفي للعلف صحيحة و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الأطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم 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 إرادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

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

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

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 ، أبحاث للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 150.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008555)

Date: 21-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004389 - ali abdulla - 971561515355

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 150.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 21-04-2020

Being 1 EXTRACTION

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 : 1004389 - ali abdulla - 971561515355

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

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

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	Ali,Abdullah,Abdullah	IDN:	78419889907156	Mother Name:	
Name (Ar)	علي,عبدالله,عبدالله	Card Number:	098082332	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PAK	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	پاکستان		
Issue Date:	06/01/2020	Sex:	M	Sponsor Type:	02
Expiry Date:	26/12/2022	Date of Birth:	09/12/1988	Sponsor Name:	ایمان راشد محمد الظلمانی
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	689629
Residency Type:	03	Residency Number:	20120193325676	Residency Expiry:	26/12/2022
ID Type:	IL	Occupation:	96	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

4/14/2020



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 650.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008501)

Date: 14-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004389 - ali abdulla - 971561515355

The sum of Dhs. Six Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only

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

Bank: Cheque No.

Date: 14-04-2020

Being root canal treatment

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 : 1004389 - ali abdulla - 971561515355

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 585.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008522)

Date:16-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004389 - ali abdulla - 971561515355

The sum of Dhs. **Five Hundred Eighty-Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **585.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 16-04-2020

Being **1 rct he has esaad card**

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 : **1004389 - ali abdulla - 971561515355**

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



ALI ABDULLAH ABDULLAH
TE30469

بطاقة امتياز
Privilege Card



ALI ABDULLAH ABDULLAH
TE30469

بطاقة امتياز
Privilege Card



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 450.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008526)

Date:16-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004386 - ali bakou - 971502475762

The sum of Dhs. Four 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 200.00

Bank: Cheque No.

Date: 16-04-2020

Being 1 rct

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 : 1004386 - ali bakou - 971502475762

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