



File No: .....

Date: / /

Date: 27/1/2020

File Number: 058-5555424

Patient Name: Fatima Rashed Alshaykh

اسم المريض: فاطمة راشد الشايخ

Date Of Birth: 15/1/1989

Marital Status: (الحالة الاجتماعية) M / F

Nationality: (الجنسية) Jordanian

Occupation: (المنشأه) Housewife

Address: (العنوان) F. Alshaykh

Phone No. (رقم الهاتف): 058-5555424

E-MAIL: .....

How did you know about us: .....

التاريخ الطبي Medical History		
Medical Condition / الحالة الطبية	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؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant / هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	لا	
Allergies / هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious Illness / هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي امراض؟	نعم	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease / جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض 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)، لوكيميا	نعم	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other / امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض أخرى	نعم	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease / هل تعاليت من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems / هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases / التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، أي امراض كبدية أخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other / قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease / هل تعاليت من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes / هل تعاليت من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions / هل تعاليت من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الأبتز، 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 بملاح حائتي 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 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 العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حائتي المرضية.
- أتفهم تماماً 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 التورم أو النزيف 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 له لدى تلقي الملف صحيحة، و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحائتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإفلاخ عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكافية 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 (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: 27.14.2022

Fatima

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs			
Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/
		Blood Type (نوعية الدم):	
		Blood Sugar (سكر الدم):	

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

have braces from Sunny M.C  
here she came to Rebound broken 5

Disease History: التاريخ المرضي:	
Allergies الحساسية:	
Medications الأدوية:	
Pregnancy الحمل:	
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة، إخال للمستشفى:	
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (الكحول): Y / N
	Drugs (تدويج): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Rebanding of 5T

Doctor's Signature and Stamp





REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO'

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Fatima,Rashid,Mohamed,Hilal,Almheiri	IDN:	784198963139526	Mother Name:	Salma
Name (Ar)	فاطمة راشد محمد هلال المهييري	Card Number:	092585441	Mother Name (Ar):	سلمى شيخ محمد
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	301025657
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	14/01/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	14/01/2029	Date of Birth:	31/05/1989	Sponsor Name:	
Marital Status:	03	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

فاطمة

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

4/27/2020



مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008599)

Date: 27-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004444 - FATIMA 000 - 971581805200

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 315.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 27-04-2020

Being 1 session follow up + 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

Confirmed by : 1004444 - FATIMA 000 - 971581805200

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