



File No:

Date: 25/2020

Date: ... / ... /
Patient Name: Mohd. Mohamed File Number: 1004471
إسم المريض: محمد فوزي محمد
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1 / 1 / 87 Gender (الجنس): M F Marital Status (الحالة الاجتماعية):
Nationality (الجنسية): Occupation (الوظيفة):
Address (العنوان):
Phone No. (رقم الهاتف): 01111111111
E-MAIL:
How did you know about us:

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

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 ترويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمور 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 لتتائج العلاج 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 مصحابة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو القروح 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 لي فخصي الملف صحية و اتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون مراعاتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا القرار و أن 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

عمليات سابقة ، الجراحات المستشفى
Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (Smoking): Y / N

الكحول (Alcohol): Y / N

الأدوية (Drugs): 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	Mohamad,Muhammad,Mhd Zafer,,Almanadili	IDN:	784198763826413	Mother Name:	
Name (Ar)	محمد مهنا محمد طاهر المناطلي	Card Number:	093766970	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	25/03/2019	Sex:	M	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	19/03/2022	Date of Birth:	01/01/1987	Sponsor Name:	ديوان شي ش د
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120107135123	Residency Expiry:	19/03/2022
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

5/2/2020



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 6,247.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008771)

Date:11-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004471 - mohd mohannad al mandali - 971566668113

The sum of Dhs. Six Thousand Two Hundred Forty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 3,000.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 3,247.50

Bank: Cheque No.

Date: 11-05-2020

Being 17 veneers + vat

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 : 1004471 - mohd mohannad al mandali - 971566668113

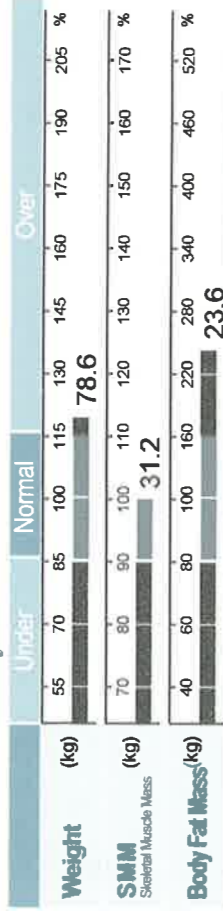
Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae

ID 200523-1 | Height 173cm | Age 32 | Gender Male | Test Date / Time 23.05.2020. 14:12

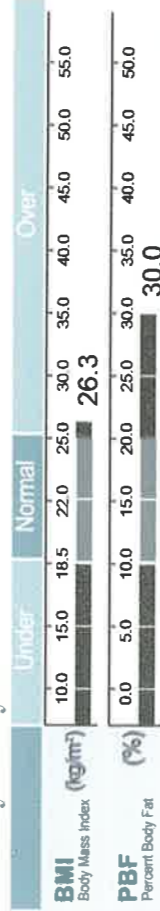
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	40.2 (37.0~45.2)
For building muscles	Protein	(kg)	11.0 (9.9~12.1)
For strengthening bones	Minerals	(kg)	3.76 (3.43~4.19)
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	23.6 (7.9~15.8)
Sum of the above	Weight	(kg)	78.6 (55.9~75.7)

Muscle-Fat Analysis

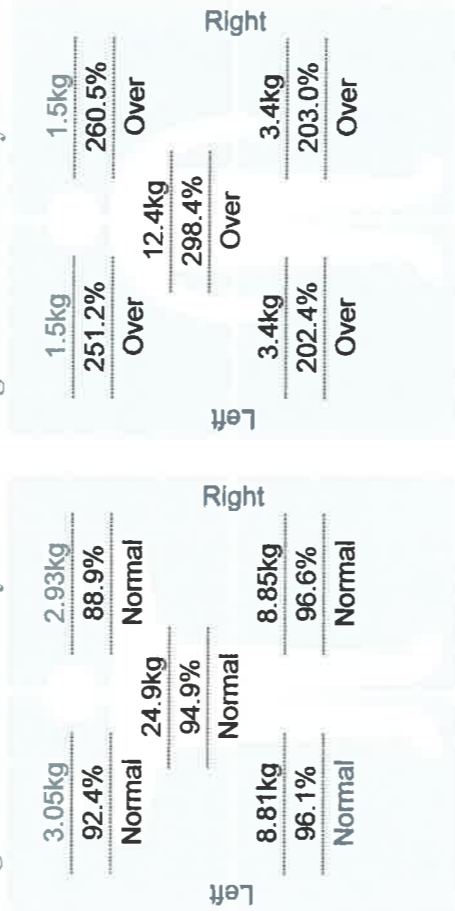


Obesity Analysis



Lean Mass % Evaluation

Segmental Lean Analysis



* Segmental fat is estimated.

Body Composition History

Weight (kg)	78.6
SMM (kg)	31.2

InBody Score

65/100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight 65.8 kg
 Weight Control -12.8 kg
 Fat Control -13.7 kg
 Muscle Control +0.9 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over

PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.94

Visceral Fat Level

Level 9

Research Parameters

Fat Free Mass 55.0 kg
 Basal Metabolic Rate 1559 kcal
 Obesity Degree 119 % (90~110)
 Recommended calorie intake 2281 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	138	Golfball	149
Walking	157	Yoga	157
Badminton	178	Table Tennis	178
Tennis	236	Bicycling	236
Boxing	236	Basketball	236
Hiking	256	Jumping Rope	275
Aerobics	275	Jogging	275
Soccer	275	Swimming	275
Japanese Fencing	393	Racketball	393
Squash	393	Taekwondo	393

* Based on your current weight
 * Based on 30 minute duration

Impedance

RA LA TR RL LL
 Z(x) 20 kHz | 368.0 351.4 28.5 285.0 287.3
 100 kHz | 324.5 309.0 22.9 248.5 250.1