



File No: .....

Date: / /

Date: ... / ... / .....

File Number: ..... ٥٥٤٤٠٦٤٧

Patient Name: .....

Abdullah Saied Ali

إسم المريض: .....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / ... / ١٩٨٨

Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية): .....

Nationality (الجنسية): ...

Occupation (الوظيفة): .....

Address (العنوان): .....

Phone No. (رقم الهاتف): ..... ٥٥٥١٧٣٣٣٣٦

E-MAIL: .....

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

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة 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؟	<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 مميعات الدم؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	<input checked="" type="checkbox"/>	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، 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 للحمل؟ 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 HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc	<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 ترويدي بالعلاج الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والعلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين نتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للعمليات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن 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 لي تخفي للملف الصحية و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإعلال عليها دون موافقتي

أقر أن 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 وقت 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: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History : التاريخ المرضي:	
Allergies : الحساسية	
Medications : الأدوية	
Pregnancy : الحمل	
Previous Surgeries, Hospitalization : عمليات سابقة , ابحال للمستشفى	
Smoking (التدخين) : Y / N	Alcohol (الكحول) : Y / N
	Drugs (عقاقير) : 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	Abdulla,Saeed,Ali,,Dalwan Alketbi	IDN:	784198832605434	Mother Name:	Sareeah Ali Khalifa Mazzyoudi
Name (Ar)	عبدالله سعيد علي، دالوان الكعبي	Card Number:	088630357	Mother Name (Ar):	سريعه علي خليفة مزويدي
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	301027992
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	16/04/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	05/01/2027	Date of Birth:	10/12/1988	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:		Occupation Field:	99

Photo



Signature Image

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

6/2/2020



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,462.50

No: REC-009120

RECEIPT VOUCHER

Date: 02-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004647 - ABDULLAH OO. - 971501733336**

The sum of Dhs. **Four Thousand Four Hundred Sixty Two and Five Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **4,462.50 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: \_\_\_\_\_ Cheque No. \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Being advance for 20 veners + vat balance **4462.50**

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

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e – mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



مركز أوركيڤد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 500.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009831)

Date:02-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004647 - ABDULLAH 00. - 971501733336

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 500.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 02-07-2020

Being extraction

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 : 1004647 - ABDULLAH 00. - 971501733336

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

www.omcl.ae





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,462.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009832)

Date:02-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004647 - ABDULLAH 00. - 971501733336

The sum of Dhs. **Two Thousand Four Hundred Sixty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **2,462.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **02-07-2020**

Being against chq no: **000049** dated on **1-7-2020**

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 : **1004647 - ABDULLAH 00. - 971501733336**

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



بنك الاتحاد الوطني  
UNION NATIONAL BANK  
UNB-Sharjah Ind. Area

التاريخ Date 01/07/2020

Pay against this cheque to or the Bearer Orchid Medical Center  
أو لحامله

Dirhams Two Thousand Four Hundred Sixty

Two & Fifty Fils Only -

# 2462.50/

Abdalla Saeed Ali Dalwan Alketbi

Abdalla Saeed Ali Dalwan Alketbi

Do not Write Below This Line

WARNING: THIS CHEQUE CONTAINS INVISIBLE UV / IR INK PRINTING

١١٠٠٠٠٠٤٩٠١٠٤٥٣١٠٩٩٩٠١١١٣٩٤٣٥٦٦١١



بنك الاتحاد الوطني  
UNION NATIONAL BANK  
UNB-Sharjah Ind. Area

التاريخ Date 01/08/2020

Pay against this cheque to or the Bearer Orchid Medical Center  
أو لحامله

Dirhams Two Thousand Only

# 2000/

Abdalla Saeed Ali Dalwan Alketbi

Abdalla Saeed Ali Dalwan Alketbi

Do not Write Below This Line

WARNING: THIS CHEQUE CONTAINS INVISIBLE UV / IR INK PRINTING

١١٠٠٠٠٠٤٩٠١٠٤٥٣١٠٩٩٩٠١١١٣٩٤٣٥٦٦١١



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,462.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009310)

Date:10-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004647 - ABDULLAH 00. - 971501733336

The sum of Dhs. Four Thousand Four Hundred Sixty-Two 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 4,462.50

Bank: Cheque No. Date: 10-06-2020

Being 20 veneers 3 d + vat balance paid by 2 chq 1-7-2020 amt 2462.50 unb and 1-8-2020 amt 2000

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 : 1004647 - ABDULLAH 00. - 971501733336

---

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omcl.ae  
[www.omcl.ae](http://www.omcl.ae)



بنك الزماد الوطني  
UNION NATIONAL BANK  
UNB-Sharjah Ind. Area

Date 01/07/2020 التاريخ

Pay against this cheque to  
or the Bearer Orchid Medical Center  
Dirhams Two Thousand Four Hundred Sixty  
درهم

Two & Fifty Fils Only -

# 2462.50/

Abdalla Saeed Ali Dalwan Alketbi

*[Handwritten signature]*

WARNING: THIS CHEQUE CONTAINS INVISIBLE UV / IR INK PRINTING

لا تكتب تحت هذا الخط

⑈000049⑈104531099⑈1113943566⑈

*[Handwritten signature]*