



File No:

Date: / /

Date: ... / ... /
Patient Name: **YASIR MA KHALDOON**
Date Of Birth: **19/07/1992** Gender: **M / F**
Nationality: **Danish** Occupation:
Address: **Al-Rasheed**
E-MAIL:

File Number: **1000692**

اسم المريض: **ياسر خالدون**

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): **Married**

Phone No. (رقم الهاتف): **0522208320**

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 انكر بالتفصيل |
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟ | No | |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للشفاعة؟ | No | |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟ | No | |
| Surgical Operations, Serious Illness هل اجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي امراض؟ | No | |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب | No | |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مبيعات للدم؟ | No | |
| Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) | No | |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، المل، امراض اخرى | No | |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟ | No | |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي منتج للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | No | |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى | No | |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟ | No | |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟ | No | |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟ | No | |
| Other conditions من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الأيدز، فيروس الحلا البسيط | No | |



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 of 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 الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف 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 لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التشخيصية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و اسرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام 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 قمتم لي بتحفي الملف صحفية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها بدون موافقتي
- أقر ان لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا القرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بأكمل ارادتي
- انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

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

التاريخ: ... / ... /

اسمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

| | | | | |
|-----------------|-----|------------------------------|----|-------------------------|
| Weight (الوزن): | Kg | Height (الطول): | cm | Blood Type (دمية الدم): |
| Pulse (النبض): | ppm | Blood Pressure (دمية الضغط): | / | Blood Sugar (سكر الدم): |

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

| | |
|---|-------------------------|
| Disease History : التاريخ المرضي: | |
| Allergies الحساسية | |
| Medications الأدوية | |
| Pregnancy الحمل | |
| Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة . احوال المستشفى | |
| Smoking (التدخين): Y / N | Alcohol (الكحول): Y / N |
| | Drugs (دوائه): Y / N |

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,100.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009404)

Date:13-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004692 - yasmina 00. - 971504299261

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 2,100.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 13-06-2020

Being first amount for new braces + 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 : 1004692 - yasmina 00. - 971504299261

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

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 | Yasmina,,,Khalidoume | IDN: | 784197219704380 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | يسمينة ,,,خلدون | Card Number: | 096962238 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | MAR | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | المغرب | | |
| Issue Date: | 18/10/2019 | Sex: | F | Sponsor Type: | 06 |
| Expiry Date: | 14/10/2022 | Date of Birth: | 19/07/1972 | Sponsor Name: | فيديكس اكسپريس انترناتيونال ابي في فرع |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 00 |
| Residency Type: | 07 | Residency Number: | 20120087003065 | Residency Expiry: | 14/10/2022 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 3441 | Occupation Field: | 00 |



Photo



Signature Image

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

6/3/2020



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,000.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-009158

Date: 03-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004692 - yasmina 00. - 971504299261

The sum of Dhs. **One Thousand Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,000.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: _____ Cheque No. _____ Date: _____

Being **ADVANCE FOR BRACES**

Made by **Super Administrator**

- 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
www.omc1.ae

CONSENT FORM ORTHODONTIC TREATMENT

DATE: 13.06.2020⁰

I guardian of Yasmuna

FILE NO: 1004692

Hereby declared my agreement to the Orthodontic Treatment at AL ORCHID MEDICAL CENTER and I understand and agree to the following:

1. To keep my appointment at the date and time scheduled by the Doctors and to contact the center reschedule the appointment in advance in cases of emergencies, and if I miss three consecutive appointments, the Doctor have the right to stop the treatment and removed the Orthodontic appliances, bare full responsibility.
2. Not to seek treatment outside the center (any/ government clinics) or do any modification on the appliances including rubber elastics, wires and etc.
3. To maintain and well clean and healthy gums by continuously cleaning them in accordance with Doctors instructions to avoid inflammation of the gums.
4. To wear the removable appliance at the end or during the treatment according to the doctor's instructions and to protect it from damage or loss, otherwise to wear the appliance then the doctor bear no responsibility for any problem may arise in my teeth.
5. Treatment cost is only for braces, other dental treatments done including fillings cleaning of teeth, will be charged separately payment is non- refundable.
6. The patient approves and accepts to do orthodontic treatment for the amount of 3000 for (450000) plus 500 for every month visit.
7. In case of any breakage_ 200AED will be charged per broken bracket.
8. Consultation.impertion, Investigation_250AED
9. Retainers will be extra charge at the end of orthodontic procedure.

I understand and approve the treatment plan set up by my orthodontist including all necessary investigations and extractions of certain teeth with full understanding of advantages, disadvantages and risk factors associated with the expected orthodontic procedures.



PATIENT NAME AND SIGNATURE