



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال
Health... Smile... Beauty

File No:

Date: ٢٤ / ٢٠٢٠

Date: ٢٤ / ٢٠٢٠
Patient Name: Elcinmaa Nwaleba Jade Saman
Date Of Birth: ٢٤ / ٠٣ / ٢٠٢٠
Nationality: Afganistan
Address: Saha JAMA
E-MAIL: Sadi Saman.h.k@gmail.com

File Number: ١٥٥٤٨٠٦
اسم المريض: ...
الحالة الاجتماعية: ...
Marital Status: ...
Occupation: ...
Phone No. (رقم الهاتف): ...
How did you know about us: ...

التاريخ الطبي Medical History		Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Medical Condition الحالة الطبية			
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تعاطي أي أدوية أو تلقي أي علاجات حديثة؟	No		
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تعاطي أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No		
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No		
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعالي 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 تعاطي أي مميعات الدم؟	No		
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	No		
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، امراض اخرى	No		
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعالي من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	No		
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تعاطين أي ملاح للحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No		
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، اي 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 تعالي من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	No		
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعالي من مرض السكر أو امراض الغدة الدرقية؟	No		
Other conditions هل تعالي من أي امراض أخرى؟ HIV...etc فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط ...etc	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 services, 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: ٢٠١٤ / ١١ / ١٤

نموذج أقرار طبي

أوافق وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل وخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يتكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الحصى الأولى والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والعلاجات اللازمة والمطلوبة بحكم خبرته المهنية والطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تعيين لنتائج العلاجات والإجراءات الطبية أو التجريبية المقصدة لي، كما أتفهم الأخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار والمضاعفات التي قد تكون مصاحبة للقنوات والإجراءات العلاجية والجراحية.

و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية والعلاجية والجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية

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

أقر أن كافة المعلومات الطبية والتاريخ الطبي الذي قمته لدى فحفي للملف صحية، و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الأطلاع عليها دون موافقتي

أقر ان لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار وان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل واني قد قرأت وفهمت جميع تفاصيله بالكامل واني 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

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

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

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQyMI

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	Nael,Jade,Samar,,Boufeigha	IDN:	784201092838172	Mother Name:	
Name (Ar)	نال جاد، سمر، بوفيقية	Card Number:	092315962	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	DZA	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الجزائر		
Issue Date:	24/12/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	19/12/2020	Date of Birth:	21/03/2010	Sponsor Name:	استهسان سيد
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	0179170089
Residency Type:	03	Residency Number:	20120183422976	Residency Expiry:	19/12/2020
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

بدون امضاء / No signature<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

6/17/2020



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,575.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-009479)

Date: 17-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004806 - eliane 000 - 971509496444

The sum of Dhs. One Thousand Five Hundred Seventy-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,575.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 17-06-2020

Being first amount for 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 : 1004806 - eliane 000 - 971509496444

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

CONSENT FORM ORTHODONTIC TREATMENT

DATE:

I guardian of _____

FILE NO:

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----- for (-----) plus-----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