



File No:

Date: 24/6 / 2022

Date: ... / ... /
Patient Name:
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 7. / 11. / 1991 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): Occupation (الوظيفة):
Address (العنوان):
E-MAIL:

File Number:
إسم المريض:
Marital Status:(الحالة الاجتماعية):
Phone No. (الرقم الهاتف):
How did you know about us:

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الأمراض الطبية
Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
X	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتناول أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟
X	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتناول أي مثبوتات للمناعة؟
X	Allergies هل لديك أي حساسية؟
X	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟
X	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب شغاب القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب
X	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتناول أي مميعات الدم؟
X	Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (نقر الدم)، لو كيميا (سرطان الدم)
X	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعب، السل، أمراض أخرى
X	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟
X	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتناولين أي مانع للحمل؟ هل تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية؟
X	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى
X	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟
X	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟
X	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟
X	Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ 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 وأسمح للطبيب بطرح حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالمعالج الأمثل و الخدمة 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 و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية والطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين نتائج العلاجات 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 محسوبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و أؤكد أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب 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 فتحي الملف الصحية و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع 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 وقعت 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	Blood Type (دمية الدم): Blood Type
Pulse (النبس): ppm	Blood Pressure (دمية الدم): /	Blood Sugar (سكر الدم): Blood Sugar

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History: التاريخ المرضي:	
Allergies: الحساسية	
Medications: الأدوية	
Pregnancy: الحمل	
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة . ادخال المستشفى	
Smoking (التخين): Y / N	Alcohol (الكحول): Y / N
	Drugs (دوائير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO'

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Public Data Verification report

File

Non-Modifiable Data (SF3) False

Modifiable Data (SF5) False

Holder Signature Image (SF7) False

Photography False

Home Address False

Work Address False

Valid Signature?

Card Holder Information

Name	Qusay Fawwaz, Yaseen, Al Nuaimi	IDN:	784199104165362	Mother Name:	
Name (Ar)	قصي فوزيان، يونس، النعيمي	Card Number:	092676300	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRQ	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	العراق		
Issue Date:	19/01/2019	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	14/01/2022	Date of Birth:	03/11/1991	Sponsor Name:	(شركة نخيل لش.م.ح)
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	03	Residency Number:	20120153183315	Residency Expiry:	14/01/2022
ID Type:	IL	Occupation:	1235	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

6/24/2020



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,575.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009652)

Date:24-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004902 - qusai 00. - 971503055029

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: 24-06-2020

Being braces first payment + 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 : 1004902 - qusai 00. - 971503055029

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED -1,575.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-010256

Date: 20-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004902 - qusai 00. - 971503055029

The sum of Dhs. **Only**

By Cash **-1,575.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being refund done to the patient by cash approved from dr yanoof

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

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