

Date:

Name: Age: Sex:

Rx

Handwritten text in a box:
Dawa
ON 885588
55L55759

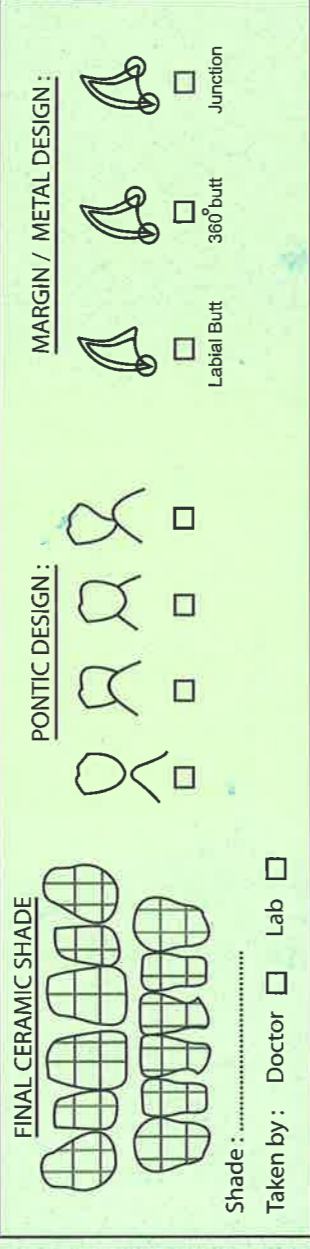
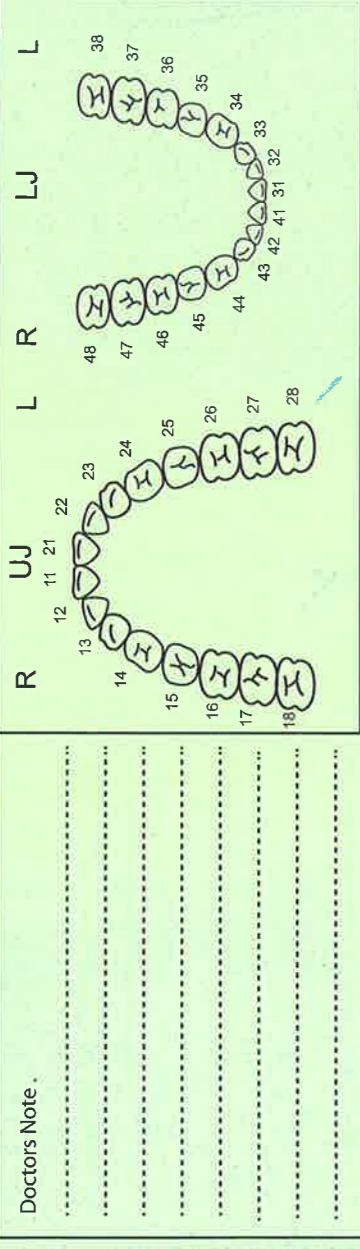


Order No. **C 45851** Received Date. _____ Delivery Date. _____ Age _____ Male / Female Male Female

Doctor Name. **DR. MAHESH** Patient Name. **Judy** Implant Parts Other _____

Enclosed with case: Impressions Models Bite Photos Other _____

Clinic Name. **ORCHID MEDICAL CENTRE**



ZIRCONIA & ALL - CERAMICS Zircon crown (3D CAD CAM) Prettau Anterior (Full Anatomy) Empress / E-max Lumineer Veneers Inlay / Onlay Ceramic Post and Core	PORCELAIN FUSED TO METAL High precious Semi - precious Non precious Nickel free Inlay / Onlay Metal Post & Core	REMOVABLE DENTURE Flexible Full Denture Flexible Partial Denture Acrylic Full Denture Acrylic Partial Denture Cobalt Chrome Attachments Relining / Rebasing	ORTHODONTIC SERVICES 3D Ortholine Aligner <input checked="" type="checkbox"/> Quadflex Hyrax TPA+Lingual Arch Nanceapp+Space Maintainer Hawley Retainer Schwartz II & III Frankel II & III Pendulum PR Wire		
MISCELLANEOUS Snap On Special tray Diagnostic Wax -up		Bleaching Tray Night Guard Study Model		Temporary Crown & Bridges Implant Supported Prosthesis	



File No:

Date: 9/7/ 2020

Date: ... / ... /

File Number: 1005058

Patient Name: Judy R. Baker

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 2 / 12 / 2009 Gender (الجنس): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Egyptian Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Hanyat Town Square

Phone No. (رقم الهاتف): 0567140209

E-MAIL: aheba@omc.ae.h.d@mail.com

How did you know about us: Facebook

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 حثيثاً؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟	No	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions هل تعاليت من أي أمراض أخرى؟	No	
HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، 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 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 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 و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الحصى 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 التجريبية المقدمة لي. كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للخصومات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ابرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية 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 و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمت لي قمتي للملف صحية و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا 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: ... / ... /

استشارة تقييم المريض Patient Assessment Form

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

Chief Complaint
 Emptying teeth
 سبب زيارة المريض للعيادة
 have braces 6 months back for Egypt.

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 (المخدرات): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Athre - opa

Diagnosis التشخيص

f3 empty E/E Retained
 class 1 type 2 Malocch

Treatment Plan خطة العلاج

Aqua Aligner

10000/-

14 k.

Down Pay - 2000.



Doctor's Signature and Stamp

.....

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	Judy,Mostafa,,Zorob	IDN:	784200879820908	Mother Name:	
Name (Ar)	جودي مصطفى زورب	Card Number:	091455805	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	USA	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الولايات المتحدة		
Issue Date:	25/10/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	23/10/2021	Date of Birth:	02/12/2008	Sponsor Name:	نرمين احمد ابراهيم عثمان فهمي
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	54761299
Residency Type:	03	Residency Number:	20120183379607	Residency Expiry:	23/10/2021
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

7/9/2020

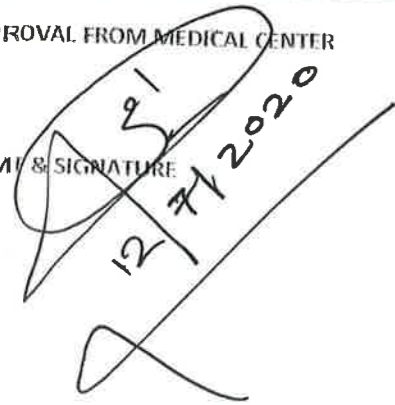
ORCHID MEDICAL CENTER

APPROVAL REQUEST FOR LAB PROCEDURE

PATIENT NAME	OMC FILE #	TREATMENT TYPE	LAB NAME	LAB ORDER NO:	DATE OF ORDER	NO : TEETH	DR. SIGN	DT of ORDER RECD:BACK
Judy	1005058		3D Ortholine		12/7/2020		Dr. Mahesh.	

APPROVAL FROM MEDICAL CENTER

NAME & SIGNATURE

A handwritten signature is written over a date stamp. The date stamp is a rectangular box containing the date "12/7/2020". The signature is written in black ink and appears to be a stylized name.

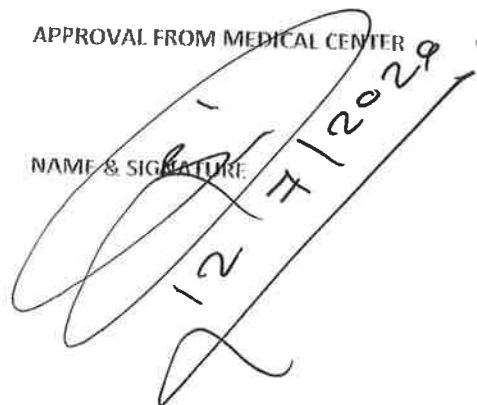
ORCHID MEDICAL CENTER

APPROVAL REQUEST FOR LAB PROCEDURE

PATIENT NAME	OMC FILE #	TREATMENT TYPE	LAB NAME	LAB ORDER NO:	DATE OF ORDER	NO : TEETH	DR. SIGN	DT of ORDER RECD:BACK
Judy	1005058		3D Ortholine		12/7/2020		Dr. Mahesh.	

APPROVAL FROM MEDICAL CENTER

NAME & SIGNATURE


12/7/2020