

File No#: 1600013 Date: 14/1/18
اسم المريض:
Patient Name: Suhail jaseem
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 12/11/1972 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): Saudi Occupation (الوظيفة): -
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married Phone No. (رقم الهاتف): 08-4415149

Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us?

Dr. Youssef

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

- 1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟
1 - دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار
2- دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار
3 - قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
4- نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
5- بشرة داكنة السمرة
- 2- هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم ___ لا ___
- 3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم ___ لا ___
- 4- هل تناولت عقار "الأكيوتان" / الايسوتريتينوين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم ___ لا ___

DOCTOR NOTE

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

Confirm Data

Public Data Readed Succ

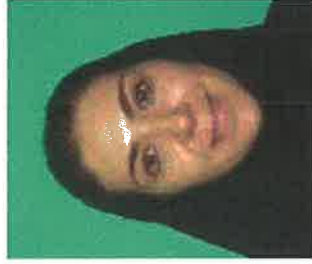
SHOW READED DATA

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	Suhad Hasan, جاسم جسام	IDN:	784197253829432	Mother Name:	
Name (Ar)	سهاد حسن جسام	Card Number:	084620872	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SWE	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	السويد		
Issue Date:	27/07/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	24/07/2019	Date of Birth:	12/11/1972	Sponsor Name:	الرواسخ للتجارة العامة
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	30120172082042	Residency Expiry:	24/07/2019
ID Type:	IL	Occupation:	09	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

1/14/2018

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا _____ بقدمي إلى مركز أوركييد الطبي / المشاركة لإزالة الشعر الغير مرغوب فيه باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها من الأصباغ الموجودة في بصليات الشعر و تعطل قدرتها على إنماء الشعر.

أتفهم أن النتائج تختلف من شخص لآخر باختلاف تاريخهم الطبي ونوع بشرتهم ونوع الشعر و التزام المريض مع تعليمات ما قبل وبعد العلاج بالليزر و إختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وأنا على علم بالطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق , التفت , الكريمات, وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

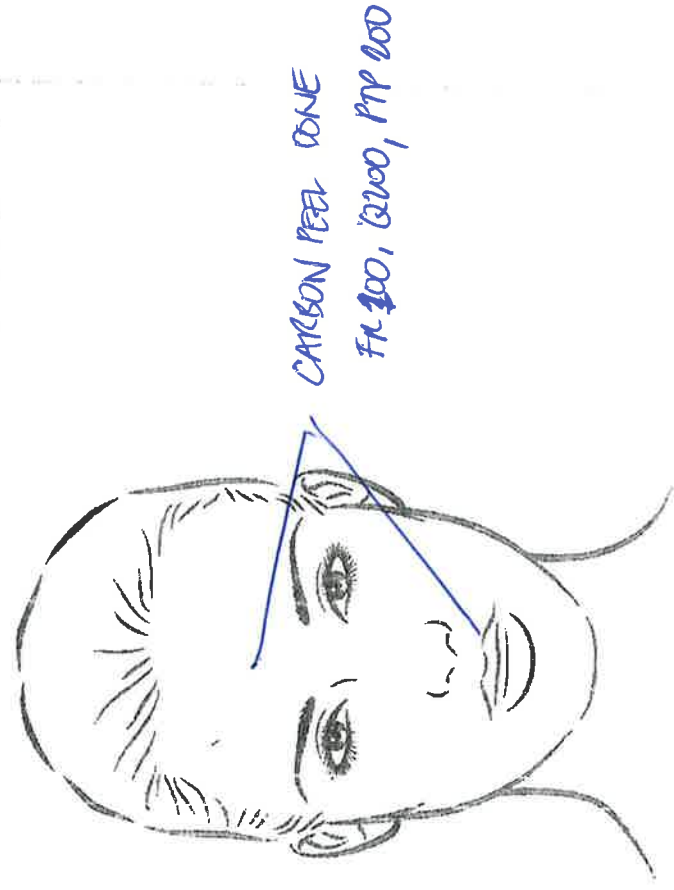
لقد تلقيت التعليمات التالية :-

- . لا يسمح بالتسمير او استخدام مستحضرات تسمير البشرة لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج لتفادي زيادة الأعراض الجانبية.
- . يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع او التفت قبل العلاج ب6 أسابيع على الأقل.
- . الوشوم/التاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- . يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك على العلاجات والحساسية ونوع البشرة.
- . الأشخاص الذين تناولو عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو تناولو أي عقاقير تمنعهم من التعرض إلى أشعة الشمس لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

الأعراض الجانبية قد تتضمن احمرار البشرة بما يشبه الحروق. بعض الإنتفاخ والتشقق من الممكن حدوثه. هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و نادراً ما تكون. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام واقيات الشمس.

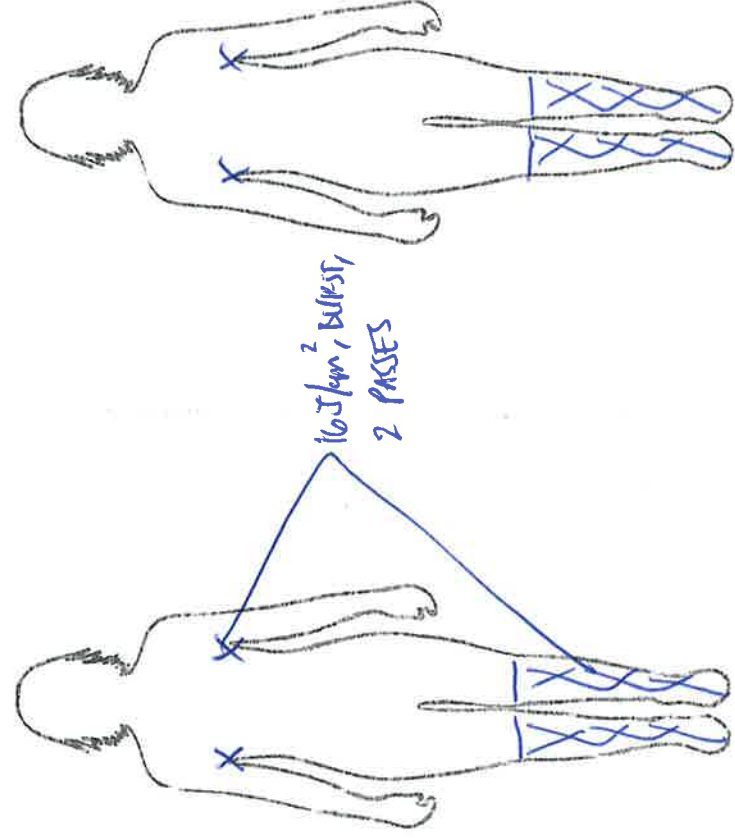
Circle areas to be treated:

Other _____



Front

Back



File No#: 1000013 Date: 25/10/2018
اسم المريض: Suhaid Jaseem

Patient Name: Suhaid Jaseem Gender (الجنس): M / F
Date of Birth (تاريخ الميلاد): _____ Occupation (الوظيفة): _____

Nationality (الجنسية): swedish Phone No. (رقم الهاتف): 056-4411149

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single
Contact Person in Case of Emergency: _____

How Did You Know About Us? _____

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: _____

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N

Remarks: _____

Clinical Findings: _____

Radiography: _____

Examination : _____

Diagnosis: _____

DOCTOR NOTE

عن كورنيش

د. غوران جوفانوفيتش
Dr. Goran Jovanovic
Specialist - جراحة التجميل
MOH License No.: V220
Orchid Medical Centre
مركز أوركيذ الطبي

20/10/2018

cheek touch +
B.L

Botox face

J. VOLUMA W LIDO
LOT: VB20A80006
EXP: 2019.12
1x1.0ml



Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI
D50047
Specialist Dermatology

21 11 2018

10ml of Botox (cran')

10 units

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 such procedure, which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as to a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment, there are also risk and hazards to the performance of the diagnostic and /or surgical procedure. I realize that common surgical or diagnostic procedure are potential for an infection, swelling, bleeding and allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full after the completion of each treatment.

I understand that any information that I provide regarding my medical status will be kept completely confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that form has been fully explained to me and that I have read it understand its contents.

Patient Signature/ Guardian (In case of minors):

Date:

Dentist Signature:

نموذج إقرار طبي

أوافق و اسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما نكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و الطبية.

أتفهم أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الأخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

إن أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امتك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و إن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و أنني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.





توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

Patient Name:

FILE NO#

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
13.05.2016	2 CC OF VUBBYK 1cc TO CATEIN 0.6 cc VUBBY TO FTR - 2cc - 1,200.00 = 2,400.00 0.6 cc - = 720.00			
16.05.2016	0.4 cc of VUBBY K TAFI LIPS 0.4cc - 480.00			
7/6/19	Onda Machine :- 1st session "during" 97 cc"			
8.09.019	Meso Face Khib + V.D. C (C.O.2)			
24/10/2019	Filling 2			D. Amira

Dr. Wesam
 Dermatology
 MOH License No. 4626
 Orchid Medical Center

Dr. Amira Hassan
 ممارس عام - طبيب اسنان عام
 G.P General Dentist
 MOH License No.: D57288
 Orchid Medical Centre

DOCTOR NOTE

07.03.2013

MAR RA

40 units of BTK
(FURZEFEND, SIBBERCA AND CREOUS FERRY)

د. غوران يوفانوفيتش
Dr. Goran Jovanovic
اختصاصي جراح التجميل
Specialist - Plastic Surgeon
MOH License No.: V220
Orchid Medical Centre
مركز أوركيد الطبي



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000013 Date: 25 / 9 / 2017

Patient Name: Suhaed Jassam اسم المريض:

Date of Birth: 12/11/1972 Gender: M / F (تاريخ الميلاد) (الجنس)

Nationality: Saudi (الجنسية) Occupation: (الوظيفة)

Marital Status: Single (الحالة الاجتماعية) Phone No. (رقم الهاتف):

Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us?

	Medical Condition	الحالة الطبية	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؟		Yes/No نعم / لا	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟		Yes/No نعم / لا	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟		Yes/No نعم / لا	
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟		Yes/No نعم / لا	
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب قشفاة القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		Yes/No نعم / لا	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		Yes/No نعم / لا	
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، انيميا (فقر الدم)		Yes/No نعم / لا	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى		Yes/No نعم / لا	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		Yes/No نعم / لا	
	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي سلع الحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		Yes/No نعم / لا	
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		Yes/No نعم / لا	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		Yes/No نعم / لا	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		Yes/No نعم / لا	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		Yes/No نعم / لا	
Other	Other conditions? HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...etc		Yes/No نعم / لا	

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 such procedure, which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as to a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment, there are also risk and hazards to the performance of the diagnostic and /or surgical procedure. I realize that common surgical or diagnostic procedure are potential for an infection, swelling, bleeding and allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full after the completion of each treatment.

I understand that any information that I provide regarding my medical status will be kept completely confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that form has been fully explained to me and that I have read it understand its contents.

Patient Signature/ Guardian (In case of minors):

Date:

Dentist Signature:



نموذج إقرار طبي

أوافق و اسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التخصصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن ان يكشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و الطبية.

أتفهم انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم ان هناك رسوم بالحد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

إن أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني املاك المعلومات الكافية لتروقيع هذا الإقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

File No#: 1000513 Date: 25/9/2017

Patient Name: Suhad Jassam اسم المريض: _____

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 12/11/1972 Gender (الجنس): M / F

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Marital Status: Married

Chief Complaint: Pt is not in comfort with her fixed crown #22,

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: _____



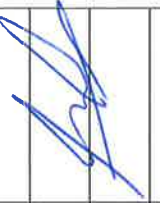

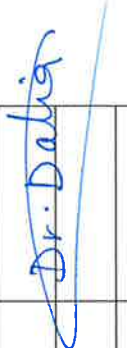
Hospitalization: _____ Family History: _____

Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N

Remarks: Nothing abnormal

Clinical Findings: Pt is healthy

Patient Name: Suhad FILE NO# 1000013

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	DOCTOR'S SIGNATURE
10/1/2018	Preparation for a Zircon Crown 5/ 1500 x			
	- Shade A3 Cervically & A2 Occlusally - Refer to Dr. Chab Rashed for Implant.			
28/1/2018	Cementation of Crown			
19/4/2018	Scaling & Polishing 200.00			
<u>19/3/2019</u>				
	RCT First session For 71 tooth (Formacresol + T.F)			
<u>28/3/2019</u>				
	Second visit RCT For 71 tooth (T.F)			
<u>14/4 2019</u>				

third visit for 71 tooth Dr. Dalig
 still not opening the canals Fully
 Patient is not cooperative /only T.F done



File No#: 10000013 Date: 5-4-2018
Patient Name: Sulwad Jassem اسم المريض

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 12-11-1972 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): Swedish Occupation (الوظيفة):
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married Phone No. (رقم الهاتف):

E.MAIL:

How Did You Know About Us?

Dr Yassem
Weight: Height: Blood Type:

Chief Complaint:

السجل الطبي
Medical History

Diseases: Medication:
Allergies: Pregnancy:
Hospitalization: Family History:

Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N
Remarks:

Clinical Findings:

Radiography:

Examination:

Diagnosis:



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 such procedure, which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as to a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment, there are also risk and hazards to the performance of the diagnostic and /or surgical procedure. I realize that common surgical or diagnostic procedure are potential for an infection, swelling, bleeding and allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full after the completion of each treatment.

I understand that any information that I provide regarding my medical status will be kept completely confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that form has been fully explained to me and that I have read it understand its contents.

Patient Signature/ Guardian (In case of minors):

Date:

Dentist Signature:

نموذج إقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الإجراءات الطبية الاضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا اتفهم أن من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و الطبية.

أتفهم انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لتنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم ان هنالك رسوم بالحد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

إن أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني امثلك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الاقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الاقرار.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

DOCTOR NOTE

29-4-2019
45/F

Today Pt came with 4c
Irregular U/L anterior teeth
EPO. Orthognathic profile
EPO Mild crowding in U/L ant segment
She have Crown at $\frac{12}{15}$
Overjet overbite normal
Class I Molar
Adv. for OPG, LA Ceph
& Invisalign aligner (12 wks -)



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
5-4-2018	Blood Extraction (Food Intolerance Test)	0	0	S.
30/11/2019	Obturation + Final composite filling of 7 tooth (mesio buccal canal + mesiolingual Canal) are are <u>Calcified</u> (blocked).			Dr. Daba
	gold stamp. Don			
22/6/2019	22/6/2019: closed crown done Fastid + whitening			
22/6/2019	22/6/2019: dysport (0.35)			
14/10/19	14/10/19: Filing & polishing			
11.09.2019	11.09.2019: Meso v.T.c (IMC) + vey elom			
30/9/19	30/9/19: Mesotherapy with derma pen Collagen + HA + v.T.c 1/2			

د. وسام مروان الطيب
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No.: 1826
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطيب
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
الخصائي الجلدي
Dermatology specialist
MOH License No.: 1826
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطيب
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
الخصائي الجلدي
Dermatology specialist
MOH License No.: 1826
Orchid Medical Centre

13-12-19 Meso face 1ml

11-1-2020 RCT 2nd visit

ورقة الموافقة على البوتكس

التاريخ: 21/12/22

أنا السيد/السيدة _____ أؤكد بأنه تم شرح لنا كيفية العلاج باستخدام البوتكس وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه كحال جميع الادوية البوتكس قد يحتوي على آثار جانبية. هذه الردود العكسية قد تكون متعلقة بالعلاج، إما بسبب المنتج أو الفرد، لكن بشكل عام هذه المضاعفات قد تحدث في الأيام الأولى التي تتبع يوم الحقن وتكون بشكل مؤقت. معظم الحالات التي تم تسجيلها تكون بدرجة معتدلة إلى خفيفة. كما هو متوقعة بعد الحقن سوف يكون هناك شعور بالألم وحرق وتيبس وتورم وزرراق.

من الآثار الجانبية الشائعة التي من الممكن حدوثها: صداع، زغللة، احمرار، تراخي

بعضلات الوجه وألم في الوجه.

من الآثار الجانبية الغير شائعة: التهاب، غثيان، تتميل، التهاب في الجفن، ألم في العين، عدم رؤية واضحة، جفاف في الفم، تيبس الشفاء، تورم في الوجه وحول العين، حساسية ضد الضوء، تشنج بالعضلات، أعراض الانفلونزا، ضعف وحرارة.

الآثار الجانبية التالية قد تكون نادرة: حكة، طفح جلدي، قشعريرة، أنواع مختلفة من الطفح الجلدي الأحمر، حساسية قوية (تورم وتحديدا في الوجه والمجرى الهوائي مما يسبب صعوية بالتنفس)، هبوط الحاجب أو الجفن، سماع طنين بالأذن وقلة السمع، حساسية في صعوية البلع والتنفس والكلام.

لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 4 إلى 6 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح.

إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا أتفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور أو الوصف المرفق

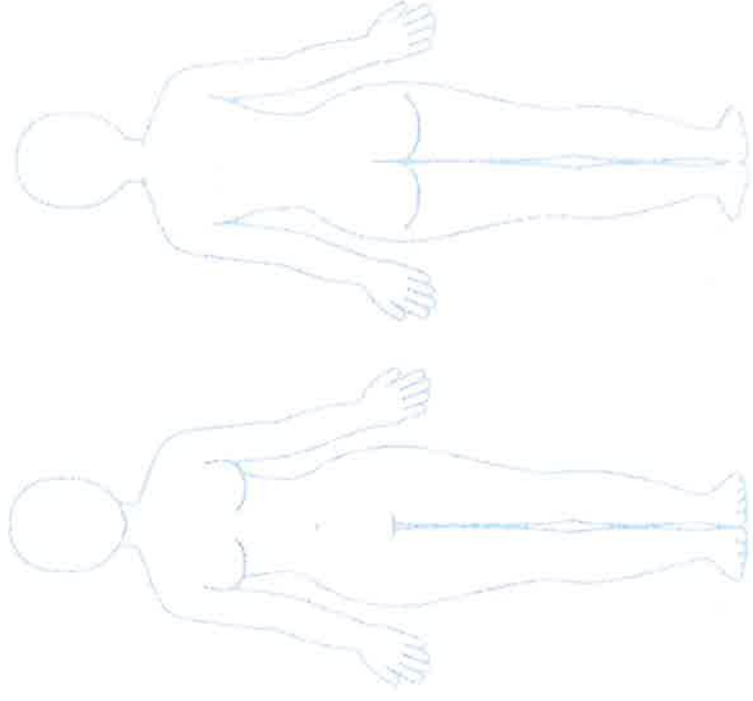
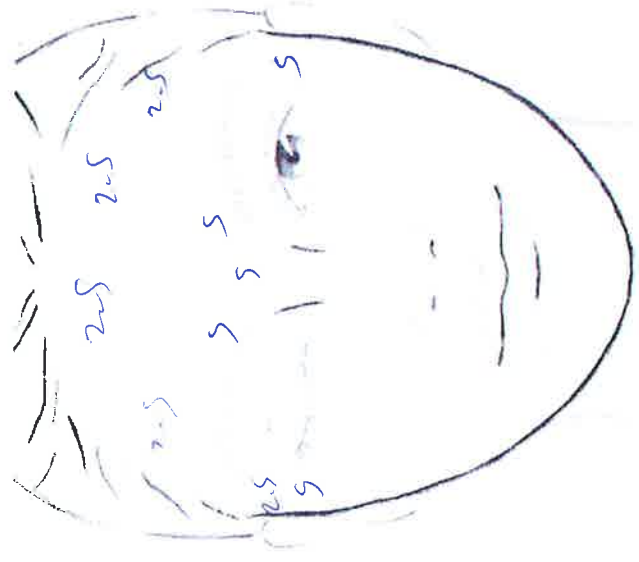
نعم
لا

التوقيع: _____

التوقيع: _____

اسم المريض: Suhad jarrah

اسم المعالج: Dr. WESAB



Filler Injection Log

Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

Botox Injection Log

Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1			
Session 2			
Session 3			
Session 4			
Session 5			

Doctor's Name and Signature

.....

ورقة موافقة على العلاج بالفيلير

التاريخ: 21/12/2019

أنا السيد/السيدة _____ أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الفيلير وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه.

لقد تم إبلاغي باحتمال ظهور بعض الأعراض الجانبية المصاحبة لحقن مادة الفيلير، والتي من المحتمل ظهورها بعد الجلسة مباشرة أو مؤخرا والتي قد تحتوي على:

التهابات (احمرار، وذمة، إلخ) وأيضا قد تصاحب شعور بالحك، ألم عند الضغط وذلك يكون بعد الحقن مباشرة. هذه الأعراض قد تستمر لمدة أسبوع.

ورم دموي - تيبس في المنطقة المحقونة - تلون في المنطقة المحقونة - حدوث انتفاخ أو تورم أو التهاب أو حساسية - حدوث تأثير بسيط أو عدم حدوثه

بشكل عام تكون هذه العلامات بدرجة معتدلة الى خفيفة وسوف تختفي من تلقاء نفسها بعد عدة أيام من جلسة الحقن.

الآثار النادرة الأخرى تتضمن:

لا يمكن التنبؤ بمدة استمرارية الفيلير في الجسم سواء أقصر أو أطول من المدة المتوقعة عدم تناظر الوجه - تغير طويل الأمد في لون الجلد - خمج فيروسي أو خمج جرثومي

ندبة-تقرح - ورم جبيومي - صدمة تحسسية - العمى

لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 6 إلى 9 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح.

إنني أفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا أفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور أو الوصف المرفق

نعم لا

التوقيع:

التوقيع:

اسم المريض: Sahad Jaseen

اسم المعالج: DR. WJESAM



ID: 201118-1 | Height: 158cm | Age: 46 | Gender: Female | Test Date & Time: 20.11.2018. 14:47

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	29.5 (27.4~33.4)
For building muscles	Protein (kg)	7.8 (7.3~8.9)
For strengthening bones	Minerals (kg)	2.88 (2.53~3.09)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	30.5 (10.7~17.2)
Sum of the above	Weight (kg)	70.7 (45.6~61.8)

InBody Score

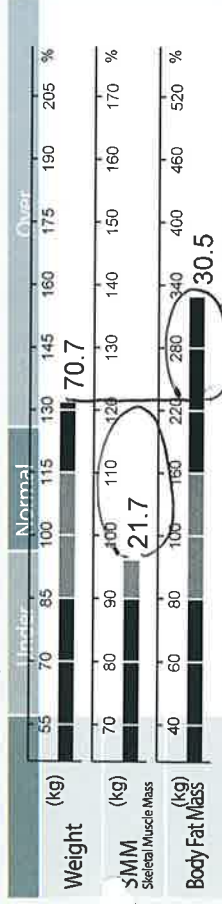
61 / 100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight: 53.7 kg
 Weight Control: - 17.0 kg
 Fat Control: - 18.1 kg
 Muscle Control: + 1.1 kg

Muscle-Fat Analysis



Obesity Evaluation

BMI: Normal Under Slightly Over Over
 PBF: Normal Slightly Over Over

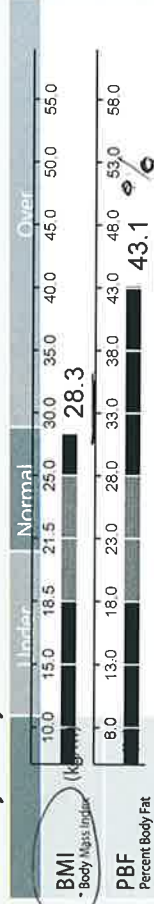
Waist-Hip Ratio

0.89 (Normal range: 0.75-0.85)

Visceral Fat Level

Level 15 (Normal range: Low 10, High)

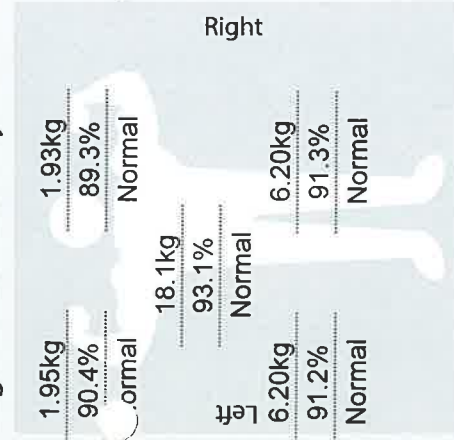
Obesity Analysis



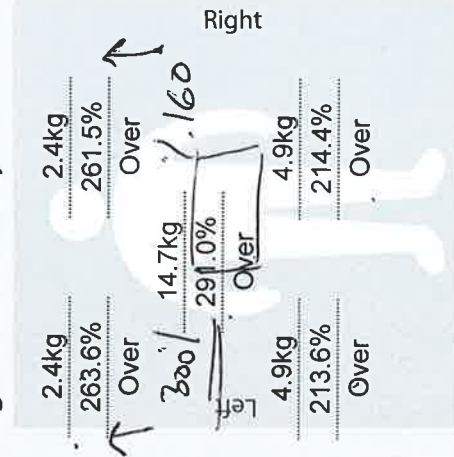
Research Parameters

Fat Free Mass: 40.2 kg
 Basal Metabolic Rate: 1239 kcal (1428~1663)
 Obesity Degree: 132 % (90~110)
 Recommended calorie intake: 1562 kcal

Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Calorie Expenditure of Exercise

Golf	124	Gateball	134
Walking	141	Yoga	141
Badminton	160	Table Tennis	160
Tennis	212	Bicycling	212
Boxing	212	Basketball	212
Mountain Climbing	231	Jumping Rope	247
Aerobics	247	Jogging	247
Soccer	247	Swimming	247
Japanese Fencing	354	Racketball	354
Squash	354	Taekwondo	354

*Based on your current weight
 *Based on 30 minute duration

Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.



Body Composition History

Weight (kg)	70.7
SMM (kg)	21.7
PBF (%)	43.1

Impedance

RA LA TR RL LL
 Z(G) 20 Hz | 427.0 419.7 25.1 271.5 270.2
 100 Hz | 384.3 380.5 21.4 245.9 245.4

Dietary consultation involves a health profile. The purpose of the health profile is not to establish a diagnosis, but rather to determine a client's health status in order to guide his/her weight control plan. A client may be advised to seek medical advice based on his/her health profile.

Date: 29/11/2018
File Number: 1000013
Patient Name:
Current Weight (الوزن الحالي): 70.7kg
Minimum Adult Weight (أقل وزن): 68kg
Age: 75
Maximum Adult Weight (أعلى وزن): 75
Age:
Do You Exercise (هل تقوم بالتمارين الرياضية): Yes / No
Exercise Type (نوع التمرين): 3 times
How Often (كم مرة)
Have You Been on a diet before? Yes / No
مل انتظمت سابقا بأيا حمية غذائية؟ نعم / لا

If yes, please specify which diet(s) and why you think it didn't work for you?

إذا كانت الإجابة نعم ، لعلنا نتحقق إن تلك الحمية لم تكن مناسبة لك؟

noth her self

On a scale of 1 to 10, indicate the level of importance you give to losing weight with professionally supervised weight loss method

بمقياس ١ إلى ١٠ ، حدد درجة أهمية فقدان الوزن تحت إشراف المتخصصين

Least Importance 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 More Importance

How Many Children Do You Have? 3 children

Who does the most cooking at home? Cooker

من يقوم بطهي الطعام غالبا في المنزل؟

On Average how many hours do you sleep per night? 2.5 + 4 = 6.5 hours

ما هو معدل ساعات نومك ليلا؟



Consent Form For Nutritionist Weight loss Method

I confirm that the information that I have provided and that is recorded by me on this health profile is true, complete and accurate and that I have not withheld or otherwise omitted. weather in whole or in part, any information concerning my health status. in this respect, I confirm that I have disclosed all past and present physical/ or mental health problems or concerns that I have experienced, diagnosis and/or surgeries that I have had, medications and supplements that were prescribed to me or that I have taken.

Without limitation to the foregoing I specifically confirm that I do not have the conditions and that I am not taking any medications. Furthermore, I understand that I should not be undertaking or otherwise following the weight loss method if I have any of the said conditions or if I am currently taking any of the said medications unless I specifically consult with a medical doctor while I am on weight loss method, and provide documentation confirming the foregoing.

I understand that if I have any of the aforementioned conditions or am currently taking any of the aforementioned medication, or I have not disclosed same to the center and nevertheless chose to go on professional weight loss method without specific supervision, such decision will be completely voluntary, and I release and discharge the center as the laboratories or any employee from any and all damages, liabilities, claims and causes of action of any nature whatsoever that may result from such voluntary decision.

I confirm that the Nutritionist has explained to me that I have had the opportunity to ask questions relating to the weight control method, and that I have been provided with the answers to such questions and that I understand the importance of strictly following the weight control method as explained to me verbally and in the materials provided to me, both before and during the weight control method

without limitation to the foregoing, I confirm that I have been advised that because the weight control method limits the ingestion of certain goods, it is important that I consume the recommended vitamins and minerals while I'm on the weight control method.

I undertake to disclose immediately to the center and nutritionist all the changes in my health status, discomfort, symptoms or other health concerns that I may experience while I am on the weight control method.

نموذج أقرار التحكم بالوزن تحت اشراف اخصائي تغذية

أقر أن كافة المعلومات التي قمت بالإدلاء بها في ملفي الطبي صحيحة و كاملة و دقيقة و أنني لم أخف أي معلومات تتعلق بصحتي أو عاداتي الغذائية جزئياً أو كلياً. و أقر أنني قد قدمت كافة المعلومات المتعلقة بصحتي الجسدية و النفسية و أي حالة مرضية كنت قد مررت بها و كافة الجراحات التي قد أجريت لي و الأدوية و المكملات التي قد وصفت لي أو أقوم بتناولها حالياً.

و أقر أنه ليس لدي أي حالات مرضية من التي سبق ذكرها في الملف الطبي لا تناول أي أدوية عدا عن التي أوصفت عنها في الملف الطبي و أقدم أنني لا يجب ان اتعاطى أي أدوية خلال أو بعد أتباعي لطريقة التحكم بالوزن تحت اشراف الاخصائي دون استشارة طبيب و دون اعلامي لخصائي التغذية بهذه الادوية او المكملات و ابراز الوثائق الرسمية التي تدل على ذلك.

أتقدم ان تعاطي أي أدوية دون اعلامي لخصائي التغذية أو خصومي لطرق تحكم الوزن دون اعلامي للاخصائي و دون اشراف المختصين هو قرار شخصي و اختياري. و أعفي الاخصائي و الطبيب و المركز و أي من موظفيه من تبعات هذا القرار و لا يحق لي المطالبة بي تعويض عن الاضرار الناتجة عن هذا القرار الاختياري.

أقر أن اخصائية التغذية قد أتاحت لي الفرصة كاملة لطرح أي اسئلة تتعلق بطريقة التحكم بالوزن، و انه قد تمت اجابة كافة اسئلتي بشكل كاف و كامل. و أنني اتقدم اهمية اتباعي لطريقة التحكم بالوزن بدقة كما تم شرحها لي شفويًا و من خلال المواد المكتوبة التي تم تزويدي بها و الالتزام بكافة التعليمات قبل و بعد اتباعي لطرق التحكم بالوزن.

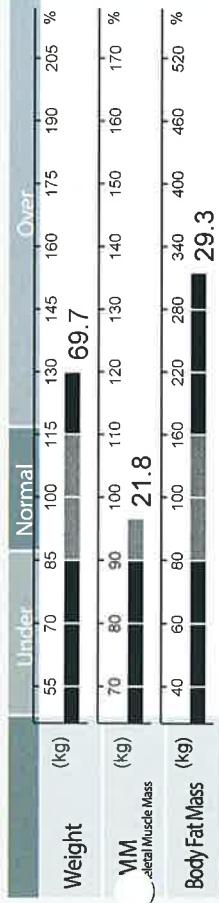
بالإضافة الى ما سبق أقر أنه قد تم اعلامي أنه بسبب اتباعي لطريقة التحكم بالوزن فإنه يجب تناول بعض الفيتامينات و المعادن و المكملات الغذائية و انه يجب الالتزام بتناول هذه المكملات بينما اتبع وسيلة التحكم بالوزن.

اتعهد باخبار المركز و اخصائية التغذية فوراً عن أي تغييرات في حالتي الصحية او أي ضيق او اعراض او أي مشاكل صحية قد يتعرض لها بينما اخضع لوسيلة التحكم بالوزن.

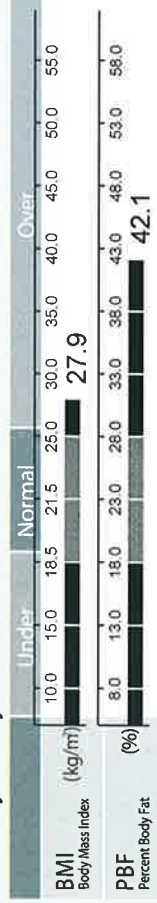
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	29.5 (27.4~33.4)
For building muscles	Protein	(kg)	7.9 (7.3~8.9)
For strengthening bones	Minerals	(kg)	2.99 (2.53~3.09)
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	29.3 (10.7~17.2)
Sum of the above	Weight	(kg)	69.7 (45.6~61.8)

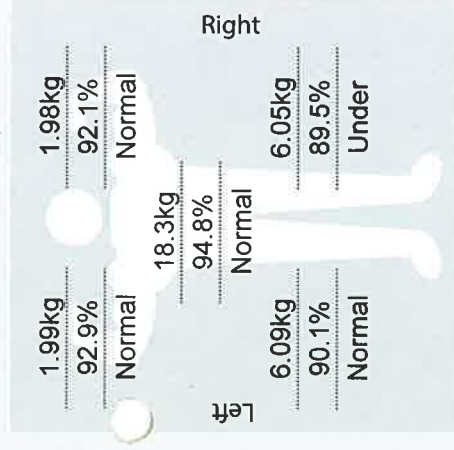
Muscle-Fat Analysis



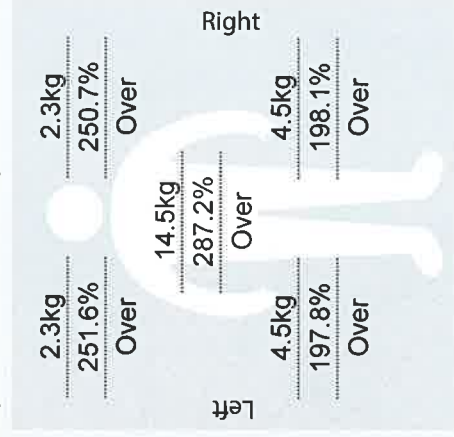
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History



InBody Score

62 / 100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight	53.6 kg
Weight Control	- 16.1 kg
Fat Control	- 17.0 kg
Muscle Control	+ 0.9 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over

PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.91

Visceral Fat Level

Level 15

Research Parameters

Fat Free Mass	40.4 kg
Basal Metabolic Rate	1242 kcal (1413~1645)
Obesity Degree	130 % (90~110)
Recommended calorie intake	1552 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	123	Gateball	132
Walking	139	Yoga	139
Badminton	158	Table Tennis	158
Tennis	209	Bicycling	209
Boxing	209	Basketball	209
Mountain Climbing	227	Jumping Rope	244
Aerobics	244	Jogging	244
Soccer	244	Swimming	244
Japanese Fencing	349	Racketball	349
Squash	349	Taekwondo	349

* Based on your current weight

* Based on 30 minute duration

Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.



Impedance

RA	LA	TR	RL	LL
Z(Ω) 20 kHz	420.6	415.8	24.0	287.2
100 kHz	381.2	378.3	21.4	257.1
	282.2		253.0	

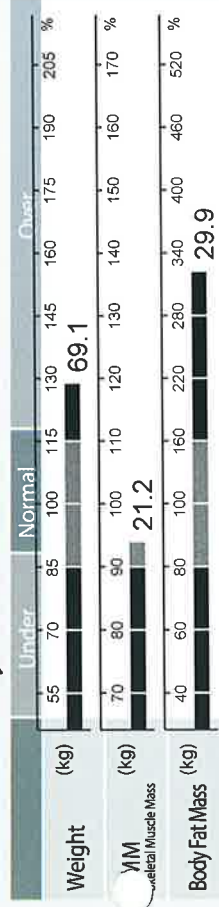
She was sick, she had juice.

ID 201118-1 | Height 158cm | Age 46 | Gender Female | Test Date & Time 04.12.2018. 14:13

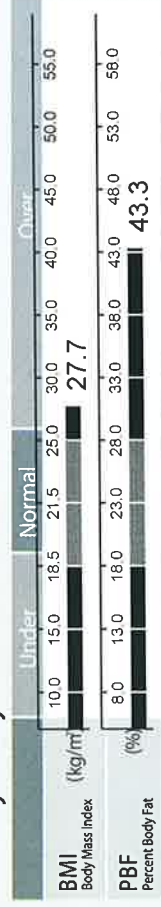
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	28.7 (27.4~33.4)
For building muscles	Protein (kg)	7.6 (7.3~8.9)
For strengthening bones	Minerals (kg)	2.87 (2.53~3.09)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	29.9 (10.7~17.2)
Sum of the above	Weight (kg)	69.1 (45.6~61.8)

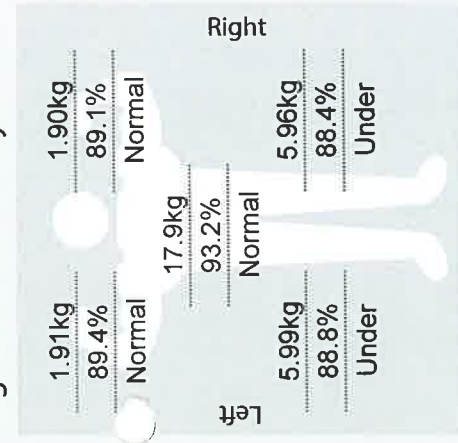
Muscle-Fat Analysis



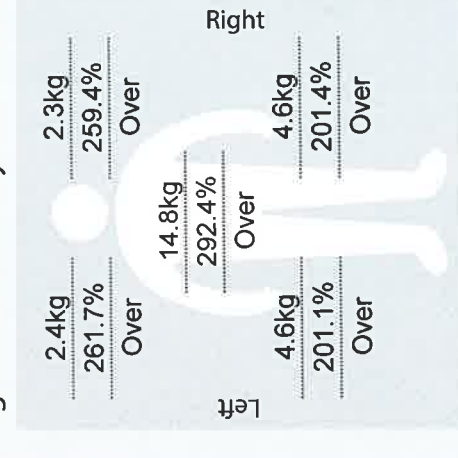
Obesity Analysis



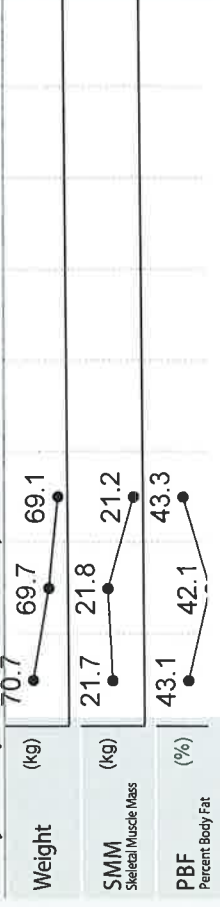
Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History



InBody Score

60/100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight	53.6 kg
Weight Control	- 15.5 kg
Fat Control	- 17.6 kg
Muscle Control	+ 2.1 kg

Obesity Evaluation

BMI	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Under <input checked="" type="checkbox"/> Slightly Over <input type="checkbox"/> Over
PBF	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Slightly Over <input checked="" type="checkbox"/> Over

Waist-Hip Ratio



Visceral Fat Level



Research Parameters

Fat Free Mass	39.2 kg
Basal Metabolic Rate	1217 kcal (1404~1634)
Obesity Degree	129 % (90~110)
Recommended calorie intake	1545 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	122	Gateball	131
Walking	138	Yoga	138
Badminton	156	Table Tennis	156
Tennis	207	Bicycling	207
Boxing	207	Basketball	207
Mountain Climbing	225	Jumping Rope	242
Aerobics	242	Jogging	242
Soccer	242	Swimming	242
Japanese Fencing	346	Racketball	346
Squash	346	Taekwondo	346

* Based on your current weight
* Based on 30 minute duration

Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.



Impedance

RA	LA	TR	RL	LL
Z(α) 20 REFZ	427.0	424.3	27.1	294.1
100 REFZ	387.0	386.8	23.3	263.9

ID 201118-1 | Height 158cm | Age 46 | Gender Female | Test Date & Time 11.12.2018. 14:57

She had (3)

Tommero the First Day Diet 59/100 Points
 She wasn't on diet her husband

Body Composition Analysis

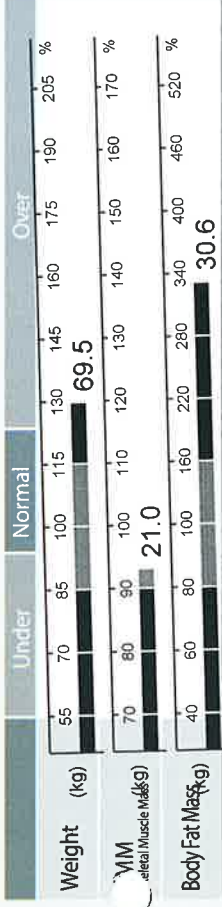
Total amount of water in body	Total Body Water (L)	28.5 (27.4~33.4)
For building muscles	Protein (kg)	7.6 (7.3~8.9)
For strengthening bones	Minerals (kg)	2.77 (2.53~3.09)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	30.6 (10.7~17.2)
Sum of the above	Weight (kg)	69.5 (45.6~61.8)

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

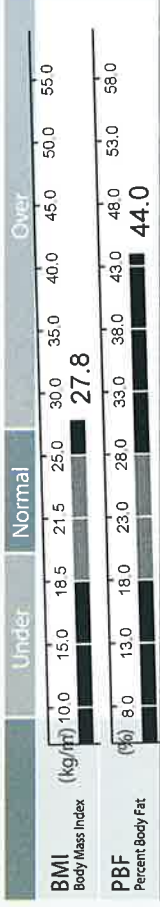
Weight Control

Target Weight 53.7 kg
 Weight Control -15.8 kg
 Fat Control -18.2 kg
 Muscle Control +2.4 kg

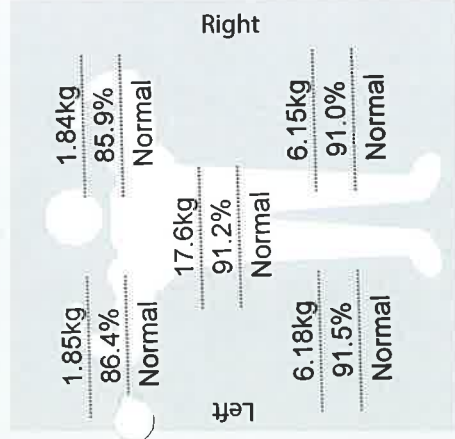
Muscle-Fat Analysis



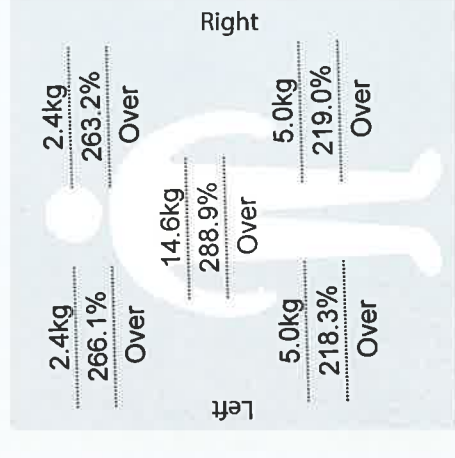
Obesity Analysis



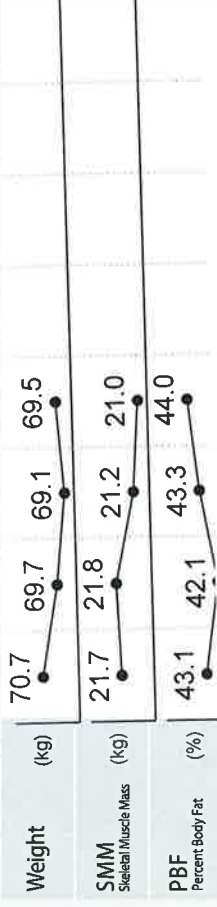
Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History



Research Parameters

Fat Free Mass 38.9 kg
 Basal Metabolic Rate 1210 kcal (1410~1642)
 Obesity Degree 129 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1549 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	122	Gateball	132
Walking	139	Yoga	139
Badminton	157	Table Tennis	157
Tennis	209	Bicycling	209
Boxing	209	Basketball	209
Mountain Climbing	227	Jumping Rope	243
Aerobics	243	Jogging	243
Soccer	243	Swimming	243
Japanese Fencing	348	Racketball	348
Squash	348	Taekwondo	348

*Based on your current weight
 *Based on 30 minute duration

Results Interpretation QR Code

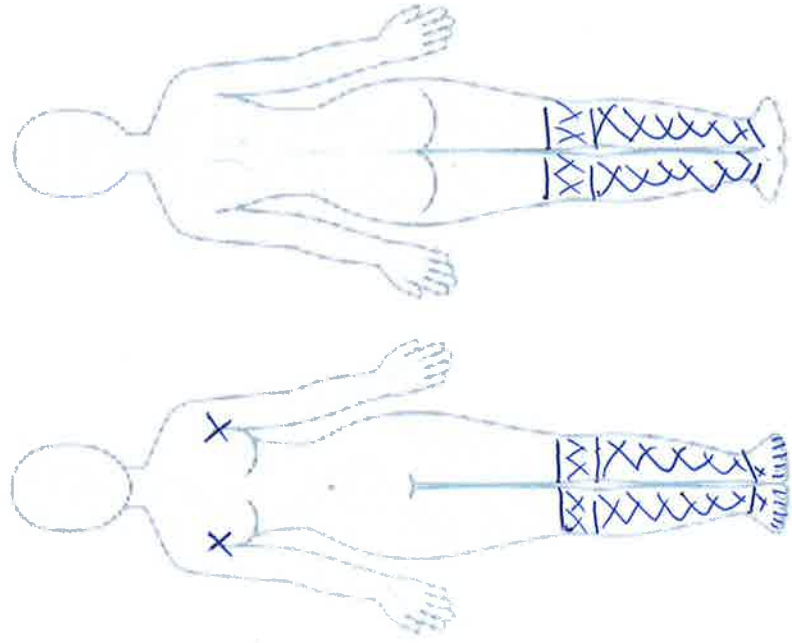
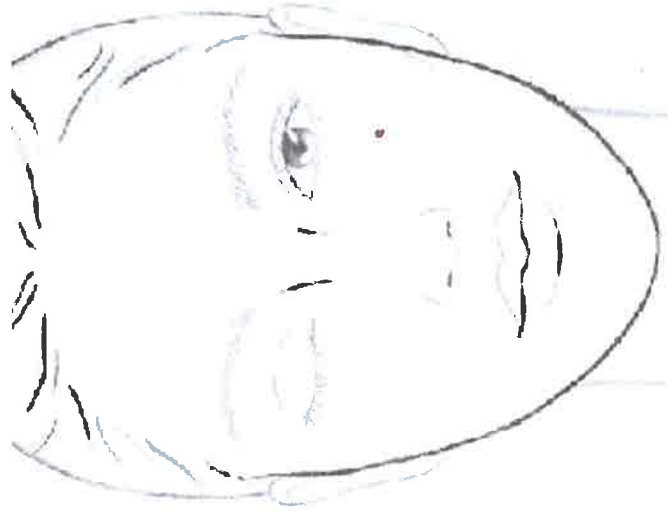
Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.



Impedance

RA LA TR RL LL
 Z(Ω) 20 kHz | 436.0 432.2 26.9 275.9 271.4
 100 kHz | 392.8 392.3 23.6 249.2 245.8

Patient's Name: **SUHAD JASSEM** اسم المريض:
 File Number: **1000013** رقم الملف:
 Pain Relief given? Yes / No Yes No تخفيف الألم: نعم / لا
 Evaluation and consent form completed? Yes / No Yes No التقييم و الموافقة: نعم / لا
 Pretreatment photography taken? Yes / No Yes No التصوير قبل المعالجة: نعم / لا



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	11/12/18					
Treatment Area	UNDERARM + UPPER LEG					
Hair Type	MEDIUM					
Mode	ALEX					
Fluence	6J/cm					
Pulse Type	15-40					
CNT Pulse						
Passes	1					
Starting Time	3:45 PM					
Finish Time	4:15 PM					
Post Treatment						

Therapist Name and Signature **BESSIE JAWZ**

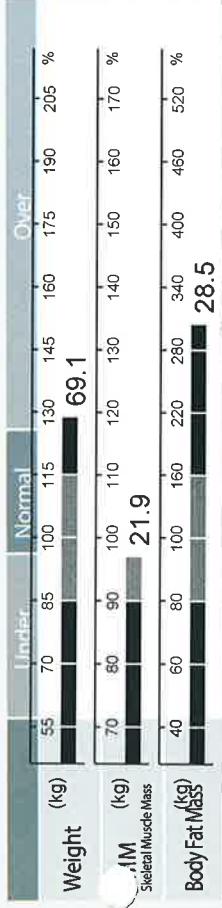
ID 201118-1 | Height 158cm | Age 46 | Gender Female | Test Date & Time 18.12.2018. 12:28

InBody Score **63/100 Points**
amazing
 * Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

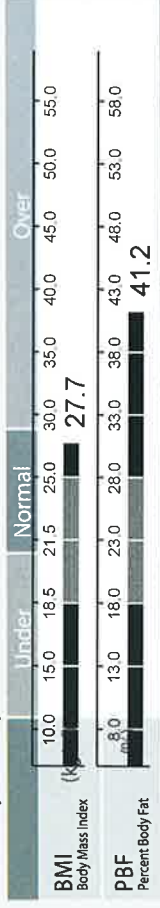
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	29.6 (27.4~33.4)
For building muscles	Protein (kg)	8.0 (7.3~8.9)
For strengthening bones	Minerals (kg)	2.99 (2.53~3.09)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	28.5 (10.7~17.2)
Sum of the above	Weight (kg)	69.1 (45.6~61.8)

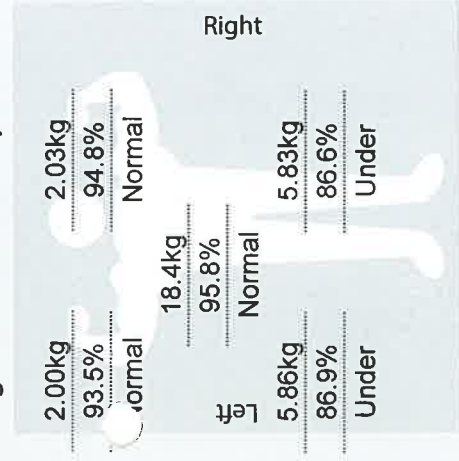
Muscle-Fat Analysis



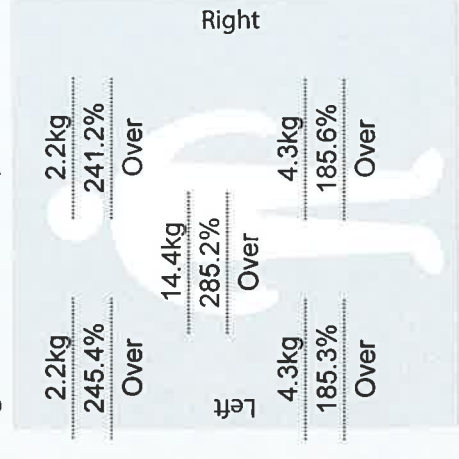
Obesity Analysis



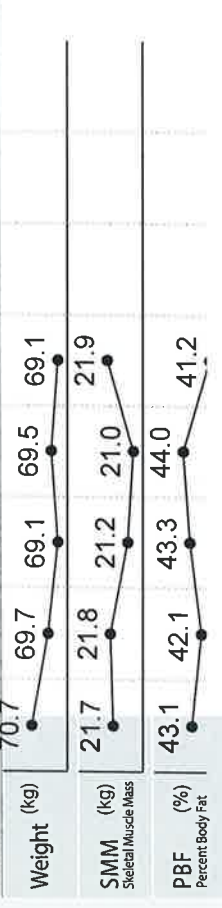
Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History



Research Parameters

Fat Free Mass 40.6 kg
 Basal Metabolic Rate 1247 kcal (1404~1634)
 Obesity Degree 129 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1545 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	122	Gateball	131
Walking	138	Yoga	138
Badminton	156	Table Tennis	156
Tennis	207	Bicycling	207
Boxing	207	Basketball	207
Mountain Climbing	225	Jumping Rope	242
Aerobics	242	Jogging	242
Soccer	242	Swimming	242
Japanese Fencing	346	Racketball	346
Squash	346	Taekwondo	346

* Based on your current weight
 * Based on 30 minute duration

Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.



Impedance

Z(Ω) 20 kHz 421.2 427.1 22.9 303.8 300.4
 100 kHz 381.8 390.0 19.6 272.9 270.4

Suhad (S)

Not following the Diet.

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	29.3 (27.4~33.4)
For building muscles	Protein (kg)	7.8 (7.3~8.9)
For strengthening bones	Minerals (kg)	3.08 (2.53~3.09)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	28.8 (10.7~17.2)
Sum of the above	Weight (kg)	69.0 (45.6~61.8)

InBody Score

62/100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight	53.7 kg
Weight Control	- 15.3 kg
Fat Control	- 16.5 kg
Muscle Control	+ 1.2 kg

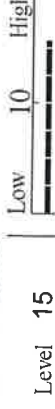
Obesity Evaluation

BMI	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Under <input checked="" type="checkbox"/> Slightly Over <input type="checkbox"/> Over
PBF	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Slightly Over <input checked="" type="checkbox"/> Over

Waist-Hip Ratio



Visceral Fat Level



Research Parameters

Fat Free Mass	40.2 kg
Basal Metabolic Rate	1237 kcal (1403~1632)
Obesity Degree	129 % (90~110)
Recommended calorie intake	1544 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	121	Gateball	131
Walking	138	Yoga	138
Badminton	156	Table Tennis	156
Tennis	207	Bicycling	207
Boxing	207	Basketball	207
Mountain Climbing	225	Jumping Rope	242
Aerobics	242	Jogging	242
Soccer	242	Swimming	242
Japanese Fencing	345	Racketball	345
Squash	345	Taekwondo	345

* Based on your current weight
* Based on 30 minute duration

Results Interpretation QR Code

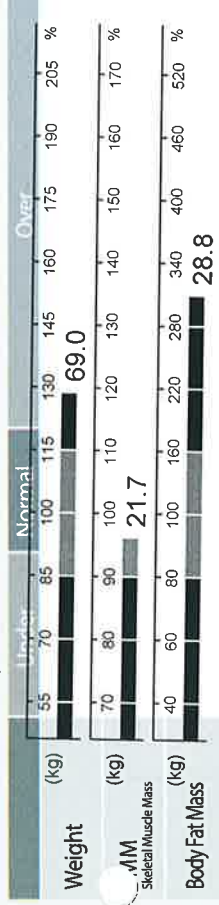
Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.



Impedance

	RA	LA	TR	RL	LL
Z(Ω) 20 Hz	433.2	435.7	23.3	304.3	312.2
100 Hz	391.8	396.4	20.0	273.4	280.2

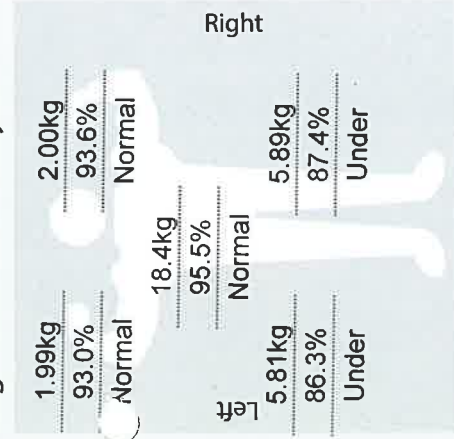
Muscle-Fat Analysis



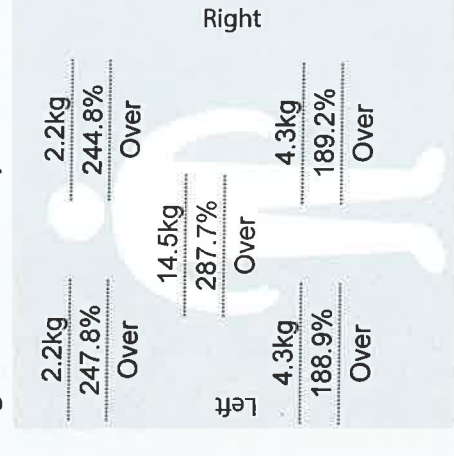
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis

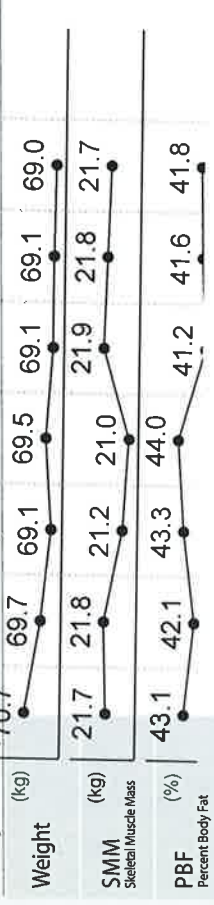


Segmental Fat Analysis



* Segmental fat is estimated.

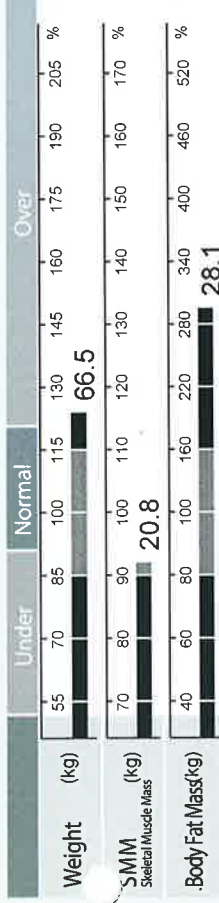
Body Composition History



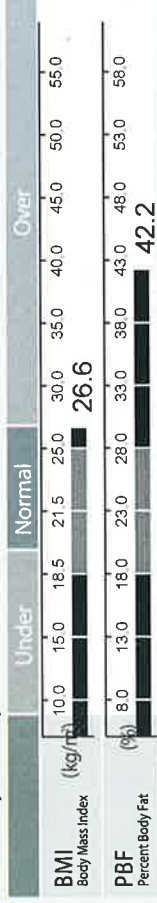
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	28.1 (27.4~33.4)
For building muscles	Protein (kg)	7.5 (7.3~8.9)
For strengthening bones	Minerals (kg)	2.76 (2.53~3.09)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	28.1 (10.7~17.2)
Sum of the above	Weight (kg)	66.5 (45.6~61.8)

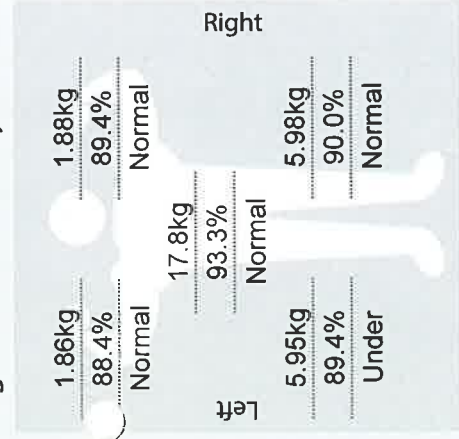
Muscle-Fat Analysis



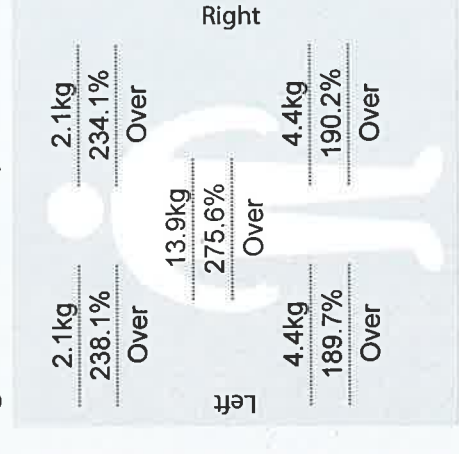
Obesity Analysis



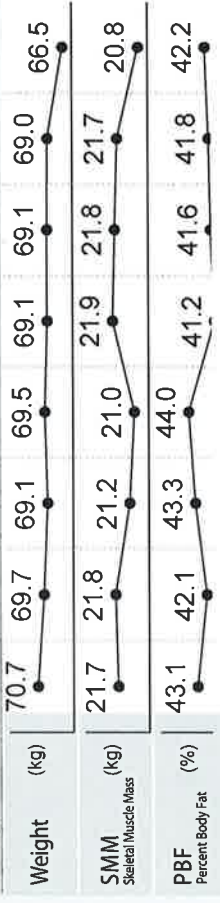
Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History



InBody Score

61 / 100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight	53.7 kg
Weight Control	- 12.8 kg
Fat Control	- 15.7 kg
Muscle Control	+ 2.9 kg

Obesity Evaluation

BMI	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Under <input checked="" type="checkbox"/> Slightly Over <input type="checkbox"/> Over
PBF	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Slightly Over <input checked="" type="checkbox"/> Over

Waist-Hip Ratio

0.91 (0.75 - 0.85)

Visceral Fat Level

Level 14 (Low 10 - High)

Research Parameters

Fat Free Mass	38.4 kg
Basal Metabolic Rate	1200 kcal (1365~1587)
Obesity Degree	124 % (90~110)
Recommended calorie intake	1518 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	117	Gateball	126
Walking	133	Yoga	133
Badminton	150	Table Tennis	150
Tennis	200	Bicycling	200
Boxing	200	Basketball	200
Mountain Climbing	217	Jumping Rope	233
Aerobics	233	Jogging	233
Soccer	233	Swimming	233
Japanese Fencing	333	Racketball	333
Squash	333	Taekwondo	333

* Based on your current weight
* Based on 30 minute duration

Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.



Impedance

Z(α)	20 kHz	424.3	427.8	28.1	293.8	296.4
	100 kHz	381.8	388.1	24.8	264.1	266.6

ID 300319-1

Height 184cm

Age 49

Gender Male

Test Date & Time 16.06.2019. 13:31

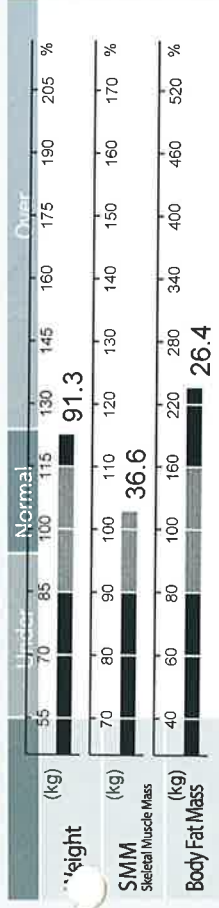
↓ Not for School Is For

X Not Matching

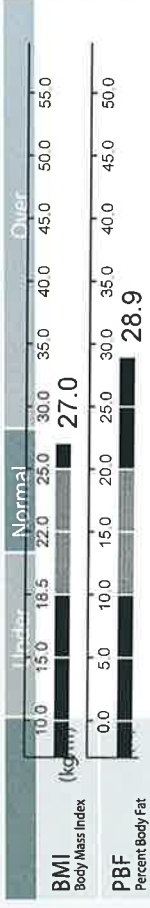
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	47.5 (41.8~51.2)
For building muscles	Protein	(kg)	12.7 (11.3~13.8)
For strengthening bones	Minerals	(kg)	4.68 (3.88~4.74)
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	26.4 (8.9~17.9)
Sum of the above	Weight	(kg)	91.3 (63.3~85.7)

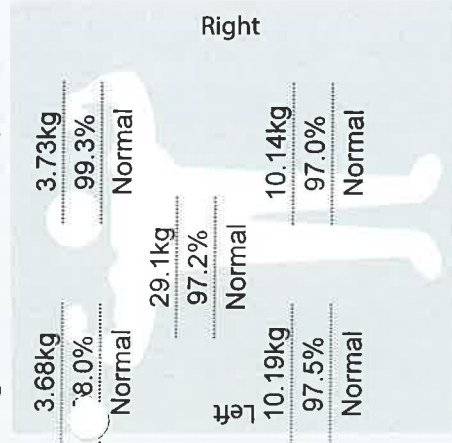
Muscle-Fat Analysis



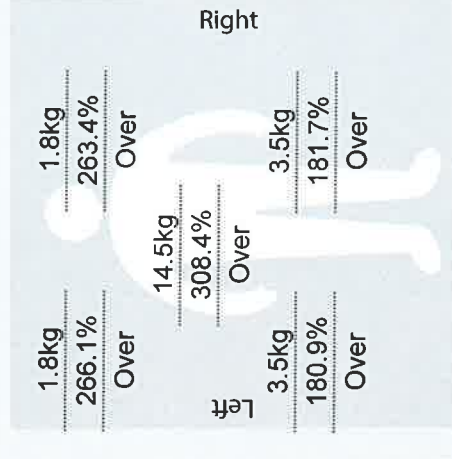
Obesity Analysis



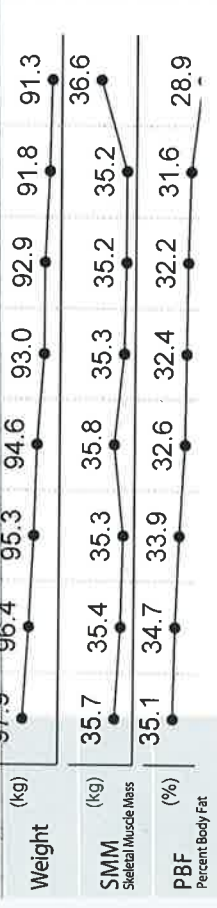
Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History



InBody Score

67 / 100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight 76.4 kg
 Weight Control - 14.9 kg
 Fat Control - 14.9 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over

PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio



Visceral Fat Level



Research Parameters

Fat Free Mass 64.9 kg
 Basal Metabolic Rate 1773 kcal (1879~2214)
 Obesity Degree 123 % (90~110)
 Recommended calorie intake 2409 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	161	Gateball	174
Walking	183	Yoga	183
Badminton	206	Table Tennis	206
Tennis	274	Bicycling	274
Boxing	274	Basketball	274
Mountain Climbing	298	Jumping Rope	320
Aerobics	320	Jogging	320
Soccer	320	Swimming	320
Japanese Fencing	457	Racketball	457
Squash	457	Taekwondo	457

* Based on your current weight
 * Based on 30 minute duration

Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.



Impedance

Z(Ω) 20 kHz | 332.5 337.9 23.5 287.6 282.1
 100 kHz | 298.3 303.3 20.4 255.0 251.4

خطة العلاج Treatment Plan

١٤٣-٢٥٦٥

الجلسة الأخيرة عصب

D.A.S



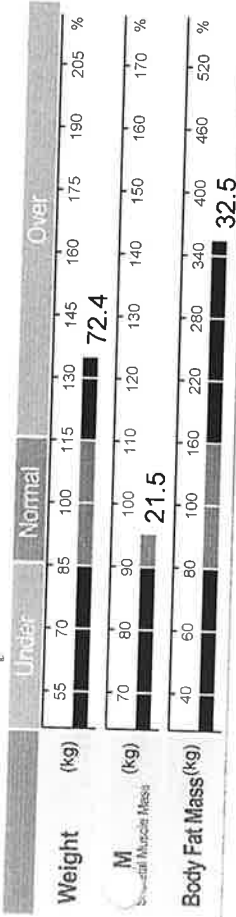
Doctor's Signature and Stamp

ID 201118-1 | Height 158cm | Age 47 | Gender Female | Test Date / Time 23.02.2020. 16:52

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	29.1 (27.4~33.4)
For building muscles	Protein (kg)	7.8 (7.3~8.9)
For strengthening bones	Minerals (kg)	2.98 (2.53~3.09)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	32.5 (10.7~17.2)
Sum of the above	Weight (kg)	72.4 (45.6~61.8)

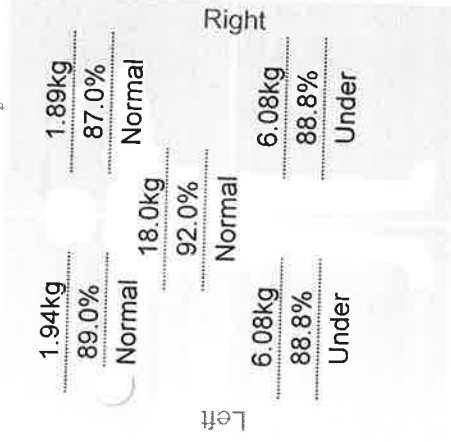
Muscle-Fat Analysis



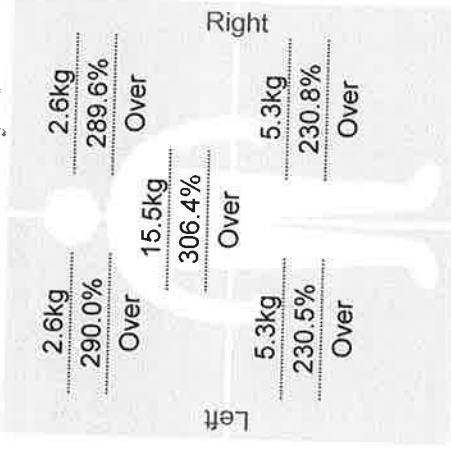
Obesity Analysis



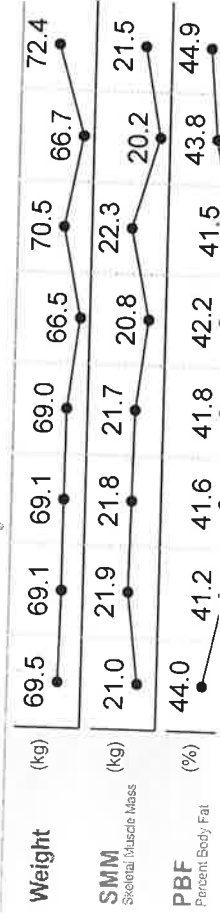
Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History



InBody Score

58/100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight 53.6 kg
 Weight Control -18.8 kg
 Fat Control -20.2 kg
 Muscle Control +1.4 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio



Visceral Fat Level



Research Parameters

Fat Free Mass 39.9 kg
 Basal Metabolic Rate 1231 kcal
 Obesity Degree 135 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1573 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	127	Gateball	138
Walking	145	Yoga	145
Badminton	164	Table Tennis	164
Tennis	217	Bicycling	217
Boxing	217	Basketball	217
Hiking	236	Jumping Rope	253
Aerobics	253	Jogging	253
Soccer	253	Swimming	253
Japanese Fencing	362	Racketball	362
Squash	362	Taekwondo	362

*Based on your current weight
 *Based on 30 minute duration

Impedance

RA LA TR RL LL
 Z(3) 20 kHz 457.7 444.2 23.7 283.7 282.9
 100 kHz 414.5 404.1 20.2 256.1 255.3

InBody

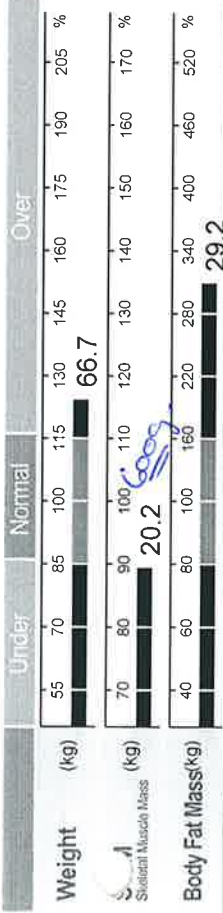
ID 201118-1 | Height 158cm | Age 46 | Gender Female | Test Date/Time 10.09.2019. 15:52

Suhred (F)
↑ 1.1kg
4-5 month

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	27.4 (27.4~33.4)
For building muscles	Protein (kg)	7.3 (7.3~8.9)
For strengthening bones	Minerals (kg)	2.75 (2.53~3.09)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	29.2 (10.7~17.2)
Sum of the above	Weight (kg)	66.7 (45.6~61.8)

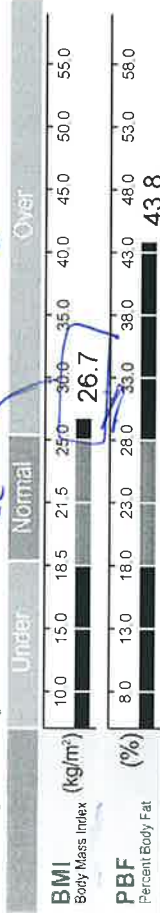
Muscle-Fat Analysis



1.8

1.1kg

Obesity Analysis



InBody Score

59/100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight 53.7 kg
 Weight Control -13.0 kg
 Fat Control -16.8 kg
 Muscle Control +3.8 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.88

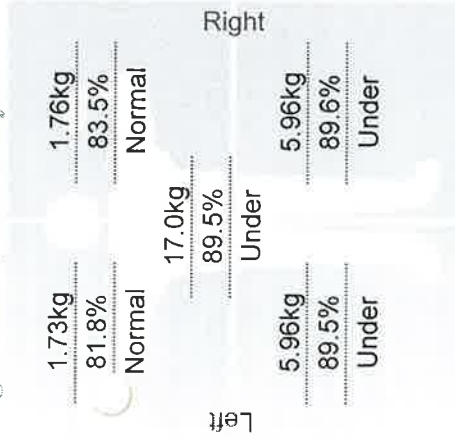
Visceral Fat Level

Level 15

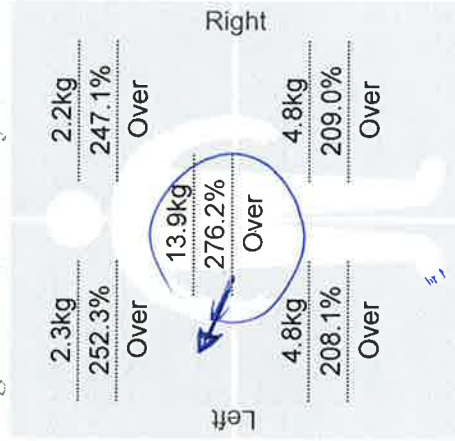
Research Parameters

Fat Free Mass 37.5 kg
 Basal Metabolic Rate 1180 kcal (1368~1590)
 Obesity Degree 124 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1520 kcal

Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Calorie Expenditure of Exercise

Golf 117 Gateball 127
 Walking 133 Yoga 133
 Badminton 151 Table Tennis 151
 Tennis 200 Bicycling 200
 Boxing 200 Basketball 200
 Mountain Climbing 217 Jumping Rope 233
 Aerobics 233 Jogging 233
 Soccer 233 Swimming 233
 Japanese Fencing 334 Racketball 334
 Squash 334 Taekwondo 334

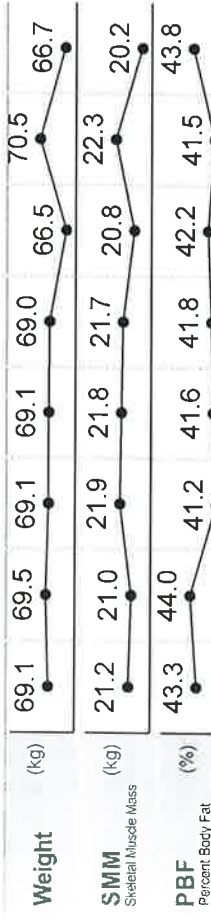
* Based on your current weight
 * Based on 30 minute duration

Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.



Body Composition History



Impedance

Z₍₃₀₎ 20 kHz | 449.9 458.5 28.3 289.8 289.0
 100 kHz | 406.0 417.5 24.8 261.0 261.6

PATIENT NAME:

Zuhad.

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
7/11/19	Meso therapy done HA + Vit.C + Collagen. All together. No ML	Dr. Wesam Marwan Al Tabbara Dermatology Specialist Orchid Medical Centre		Becc
21/12/2019	dysport (0.3) cheeks filler = 1 syringe NLF Filler = 1 syringe	Dr. Wesam Marwan Al Tabbara Dermatology Specialist Orchid Medical Centre		GeneFill SOFT FILL
25/12/2019	NLF filler 1 syringe under cheeks = 1 syringe rest app after 2 weeks	Dr. Wesam Marwan Al Tabbara Dermatology Specialist Orchid Medical Centre		GeneFill SOFT FILL
11/1/2020	retouch Botox (0.15)	Dr. Wesam Marwan Al Tabbara Dermatology Specialist Orchid Medical Centre		GeneFill SOFT FILL
16.04.2020	Meso face (ML) glat. Hyal.	Dr. Wesam Marwan Al Tabbara Dermatology Specialist Orchid Medical Centre		GeneFill SOFT FILL
27/5/2020	NERMARE 3ML HIA GF VC	Dr. Wesam Marwan Al Tabbara Dermatology Specialist Orchid Medical Centre		GeneFill SOFT FILL

د. بشار علي ديب
Dr. Bashar Aldib
 أخصائي - أمراض جلدية
 Specialist - Dermatology
 ترخيص رقم: 059826
 Orchid Medical Centre