

File No#: 1000043

Date: 8/3/18

اسم المريض:

Patient Name: Majd ziad Attari

Gender (الجنس): M / F

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 27/7/85

Nationality (الجنسية): Palestinian

Occupation (الوظيفة): Engineer

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): 0503633016

Contact Person in Case of Emergency: Nidal - 055477785

How Did You Know About Us? Friends of Dr.Halina

	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 حديثة؟	Yes/No لا / نعم	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟	Yes/No لا / نعم	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No لا / نعم	
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟	Yes/No لا / نعم	
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No لا / نعم	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف، أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	Yes/No لا / نعم	
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Yes/No لا / نعم	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No لا / نعم	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو لمرض بولية أو تناسلية؟	Yes/No لا / نعم	
	<b>*for ladies:</b> Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للنساء: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No لا / نعم	
GI	Hepatitis, jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No لا / نعم	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No لا / نعم	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا / نعم	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكر أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا / نعم	
Other	Other conditions؟ HSV, HIV...etc هل تعاطى من أي أمراض أخرى؟ فيروس الأبتا، فيروس الحلا البسيط etc	Yes/No لا / نعم	

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Blood Type: \_\_\_\_\_

Chief Complaint:

Spontaneous Pain

Medical History السجل الطبي

Diseases: \_\_\_\_\_ Medication: \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_

Pregnancy: \_\_\_\_\_

Family History: \_\_\_\_\_

Hospitalization: \_\_\_\_\_

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

Remarks: \_\_\_\_\_

Clinical Findings: \_\_\_\_\_

Radiography: \_\_\_\_\_

Examination : Pain on palpation

Diagnosis: Impacted malaligned tooth  
That cause pain

### 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 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.

أفرض 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 هنالك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم احتمالية حدوث عوى 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 أقدّمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

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



توقيع المريض / الوصي :

8/3/18

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000043

Date: 21/2/2018

اسم المريض

Patient Name: Majed zayed

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 27/7/1985

Gender (الجنس): M / (F)

Nationality (الجنسية): Jordanian

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): 050 3633016

Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us? Friends

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: 2/2/2018

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 الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

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

أفرض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.

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 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 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 و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

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



توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

DOCTOR NOTE

أوركيديا

  
د. غوران يوفانو فيتش  
Dr. Goran Jovanovic  
Specialist - جراحه التجميل  
MOH License No.: V220  
Orchid Medical Centre  
مركز اوركيد الطبي





File No#: 1000043 Date: 20/11/2017  
اسم المريض: محمد زياد عطاري  
Patient Name: Majeed Zayed Attari Gender (الجنس): M /  F  
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 27/7/1985  
Nationality (الجنسية): قطري Occupation (الوظيفة): مهندس  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): متزوج Phone No. (رقم الهاتف): 0503633016

Contact Person in Case of Emergency:  
0504777785 - Nidal Nazal

How Did You Know About Us?  
Friends

### التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

\*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

- 1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟  
1 - دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار  
2- دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار  
3 - قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار   
4- نادرة الاحترق , 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 النقرحات في منطقة العلاج ؟  نعم \_\_\_ لا
- 4- هل تناولت عقار "الأكوتان" / الایسوتریتونین " خلال الست أشهر الماضية؟  نعم \_\_\_ لا

- 5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلايكلينيك أو الهيدروكويزون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟  
نعم  لا
- 6- هل قمت بتنف أو كي، أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال الست أسابيع الماضية ؟  نعم  لا .
- 7- متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس المباشرة لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟  
\_\_\_\_\_

- 8- هل استخدم / مين اي مستحضرات تسمير البشرة ؟  نعم  لا , ومتى كان آخر استخدام لها ؟ \_\_\_\_\_
- 9- هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج ؟  نعم  لا .
- 10- هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية ؟  نعم  لا .

11- ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشركك حالياً؟

Vichy

- 12- هل اجريت اي عملية ازالة شعر سابقاً؟  نعم  لا .

للنساء :

- 13- هل انت حامل؟  نعم  لا .

- 14- هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟  نعم  لا .

## إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا عبد رزاق عطا ع بقدمي إلى مركز أوركيدي الطبي / الشارقة لإزالة الشعر الغير مرغوب فيه باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا 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 , النقف , الكريمان , وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

لقد تأقبت 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 النقف قبل العلاج ب6 أسابيع على الاقل.

. الوشوم/التاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

. يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا 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 ونادرا ما تدوم. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام واقيات الشمس.

أقر أن أي صور قد يتم التقاطها للعلاج ستبقى مجهولة الهوية و قد يتم استخدامها للأغراض العلمية والإعلامية.

أقر انه قد أتحت لي الفرصة للاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت وفهمت محتوى هذا الإقرار. وأني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حالة عدم بلوغي السن القانوني قبل إجراء العلاج.

التاريخ: 20/11/2017.

الاسم: محمد زياد عطاري

توقيع المريض: 

توقيع ولي أمر المريض (من هم دون السن القانوني):

بشهادة:

REDAD DATA

CAEAIOEBAA830DQXO\*

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	Majd,Zeyad,Nafi,,Atari	IDN:	784198546252036	Mother Name:	
Name (Ar)	مجد زيد نافع عطاري	Card Number:	071690573	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	30/01/2015	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	25/01/2018	Date of Birth:	27/07/1985	Sponsor Name:	نضال محمد اديب توفيق
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	0148810889
Residency Type:	03	Residency Number:	30120143043443	Residency Expiry:	25/01/2018
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

11/20/2017





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000915)

Date: 16-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000043 - Majid, Zeyad ATTARI - 971503633016

The sum of Dhs. One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 157.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 16-07-2018

Being

Made by Ghada

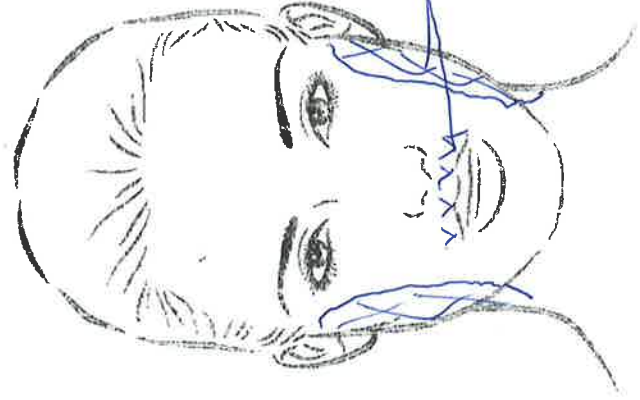
**Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae**  
**www.omc1.ae**

Circle areas to be treated:

Other \_\_\_\_\_

LHR

16 / 7 / 18



16 J/cm<sup>2</sup>, SHOR, 2 PASSES







مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001265)

Date:17-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000043 - Majd,Zeyad ATTARI - 971503633016

The sum of Dhs. Two Hundred Sixty-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash **262.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

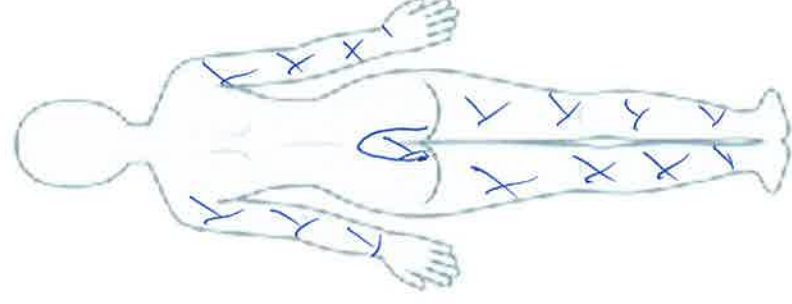
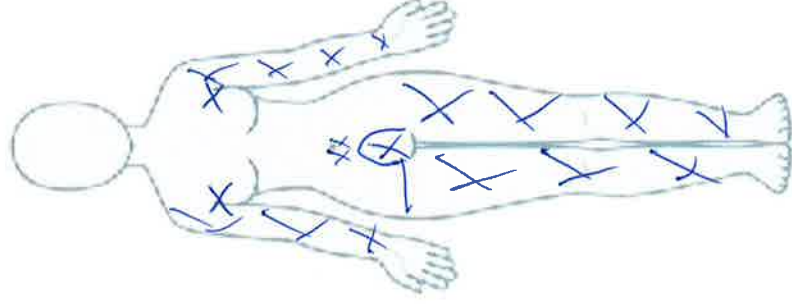
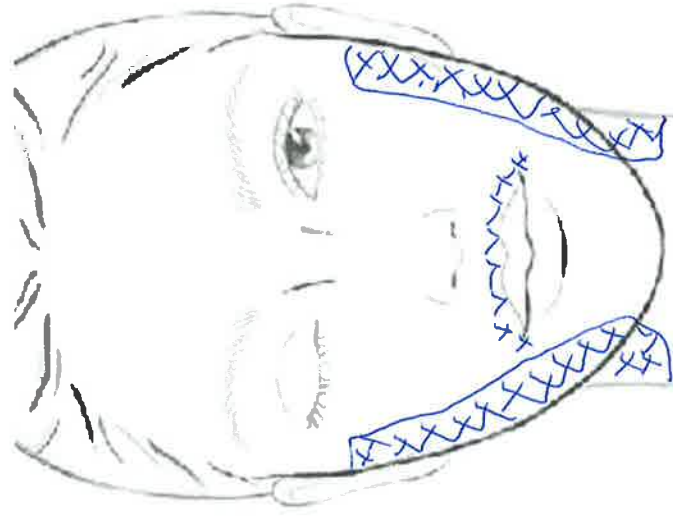
Date: 17-09-2018

Being

Made by Ghada 

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)

Patient's Name: MARO اسم المريض  
 File Number: ..... رقم الملف  
 Pain Relief given? Yes / No: ..... Evaluation and consent form completed? Yes / No  
Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	17/9/18	25/10/18	22/12/18	27/12/18		
Treatment Area	HAIR FACE, UNDER ARMS	ARMS, NECK, MIDDLE	SIDE LOCK, UL, FULL BODY	FACE, BODY		
Hair Type	DARK	DPI 2	Alex Veg. ALEX			
Mode	DPI	20 J/cm <sup>2</sup>	7/15	8/11-12		
Fluence	18 J/cm <sup>2</sup>	SHORT				
Pulse Type						
CNT Pulse	2	2	1	1		
Starting Time	12:25 PM	2 PM	7:30	2:45		
Finish Time	12:45 PM	3:20 PM	8:15 PM	3:30 PM		
Post Treatment				BIKINI PENDING		

Therapist Name and Signature: RESALE *[Signature]*



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001523)

Date:25-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000043 - Majid,Zeyad ATTARI - 971503633016

The sum of Dhs. Two Hundred Sixty-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 262.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-10-2018

Being

Made by



---

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002030)

Date:22-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000043 - MAJD ATTARI - 971503633016

The sum of Dhs. Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 997.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 22-12-2018

Being

Made by Ghada

**Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002772)

Date:27-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000043 - MAJD ATTARI - 971503633016

The sum of Dhs. Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 997.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 27-02-2019

Being FULL BODY DEKA + VAT

Made by Hiba

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)