

File No#: 1000091 Date: 07/11/18
 Patient Name: أسماء مغربية
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 10/9/2002 Gender (الجنس): M (F)
 Nationality (الجنسية): Syrian Occupation (الوظيفة):
 Marital Status (الحالة الاجتماعية): Phone No. (رقم الهاتف): 055-6151057

Contact Person in Case of Emergency: How Did You Know About Us? New friend

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

لاستعمال الطبيب فقط For Doctor's Use Only

File No#: _____ Date: _____

Patient Name: _____ اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): _____ Gender (الجنس): M / F

How Did You Know About Us? -----

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Marital Status: _____

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: _____

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 الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا اتفهم أن من الممكن ان 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.

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

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 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 و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني امتلك 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:

File No#: 1000291 Date: 19/12/17
اسم المريض:
Patient Name: Najeha Alqad
Gender (الجنس): M / F
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 19/7/2002
Occupation (الوظيفة): _____
Nationality (الجنسية): Syrian
Phone No. (رقم الهاتف): 055-45657
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married
Contact Person in Case of Emergency: _____

How Did You Know About Us?

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 , عديدة 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 ثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم لا

4- هل تناولت عقار "الأكويتان / الایسوتریتونین" خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا _____ بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام جهاز ليزر الـ Q-Switch

■ التفسير الكروني باستخدام لوشن الكرونيو يتبعه التفسير بالليزر هو أحد الإستراتيجيات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشذوذ الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، احمرار الجلد، إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تتبع الحبوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح 5-3 جلسات معظمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 اشهر.

■ التفسير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتفسير بدون استخدام لوشن الكرون، بينما التفسير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكرون مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكاف و زيادة التصبغات بعد الإنتهاء. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 شهر خصوصا في حالة الكاف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الاضافر (الوضع A)

. بئر إزالة الكلف (الوضع M)
















مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكوتان) خلال ال6 أشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

Patient Name: Nasham

FILE NO# 18000971

DATE	TREATMENT	SIGNATURE
19/12/17	Carbon Peel	
20/12/17	LHR FULL BODY (PEKA)	
	SOFT LIGHT FACE (PP 200-900)	
30/1/19	LHR FULL BODY	
	LOWER ARMIC NOT DONE (HENNA) → DONE وسلمة طزين كور بونج	
5/2/19	SOFT LIGHT FACE DONE (PP 200)	
10/4/19	LHR Full BODY. ALEX.	
16/6/19	LHR Full body Alex	
10/7/19	A:HR full body Alex	
30/09/19	LEHR - full body (Delca)	
27/9/19	LHR full body (Delca)	
16/12/19	Consultation	
8/12/19	LHR full body	
02/10/20	LHR - full body	
1/8/20	A:HR full body (Delca)	

PAYMENT BALANCE
 Dr. Gordan Jabbour
 Specialist - Plastic Surgeon
 MOH License No. 18000971
 Orchid Medical Centre

Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 Dermatologist
 MOH License No. 18000971
 Orchid Medical Centre

Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 Dermatologist
 MOH License No. 18000971
 Orchid Medical Centre

Dr. Amifa Hassantology
 Dermatologist
 MOH License No. 18000971
 Orchid Medical Centre

G.P. Gendraf Dentist
 MOH License No. 057288
 Orchid Medical Centre



precisely Kindly Answer the following questions *يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input checked="" type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عمية الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدرية ؟ نعم (لا) / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم (لا) / لا
Have you Taken Akutan or isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الكيتريان/ايسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم (لا) / لا
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydrocuenon on Site? Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج ؟ نعم (لا) / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم (لا) / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة صمير؟ هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة ؟ نعم (لا) / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك اي وشم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم (لا) / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية ؟ نعم (لا) / لا
What products you are using for your skin recently?.....	ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حاليا؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم (لا) / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم (لا) / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم (لا) / لا

I hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Sharjah to remove unwanted hair by laser. I understand that laser produces a beam of light that generates an energy of a certain wavelength which is absorbed in the pigments of hair follicles to impair its' ability to grow hair. I understand that the results of the treatment varies from one person to another by the variation of medical history and the skin type, hair type , patients commitment to precautions before and after sessions and the variation of individual responses to treatment. and I consent that I know all the alternative hair removal methods and I choose removing my unwanted hair by laser.

I consent that I got the following precautions:

- It's not allowed to get tanned or use tanning solutions for 4-6 weeks before and after treatment.
- Waxing and Plucking must be avoided at least 6 weeks prior to sessions.
- Tattoos and permanent make up on treatment site will be affected by laser.
- Full Medical History must be given including previous treatments, allergies and skin type.
- people who took akutan during the last 6 months or any drugs that inhibits patients from sun exposure can not remove their hair by laser.
- I understand that I might see some change from first session, nevertheless the treatment will take many sessions to get the result.
- Side Effect
- side effects may include burning like redness, and it's possible to see some swelling or cracks, these side effects will fade away few hours to few days after treatment. hypo/hyperpigmentation is not common and it rarely last, it's advisable to avoid sun exposure, and to use sun protections.
- I consent that I had the chance to enquire and ask any questions I have to the therapist and I have read and understood the content of this form (or it was read to me) and I am more than 18 years old or I have the approval of my sponsor.

Name and Signature

Date

..... / /

أقر أنا الشارقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز مركز أوركيد الطبي / الموافقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام الجهاز الليزر المؤقت.

وأتعهد أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلة الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. وأتأكد ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المريض بتعليمات العلاج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتف و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اختارت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب قادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الكيتيان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أتعهد أنه برغم التغيير الذي قد ألمظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق، و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات، و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. بغض النظر عن التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدمم في حال حدوثها، و ينصح بعدم التعرض لاشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتحت لي الفرصة للاستشارة و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و إنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قرأته لي، و أنني تجاوزت القائمة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمرني في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الإسم و التوقيع

التاريخ

..... / /



مركز أوركيك الطبية
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 787.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006374)

Date:06-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000091 - NAGHAM AL KAYED - 971547344789

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **787.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date: **06-12-2019**

Being **1 session full body + vat**

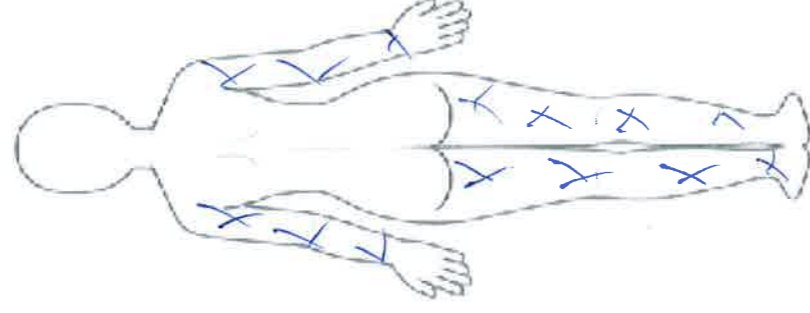
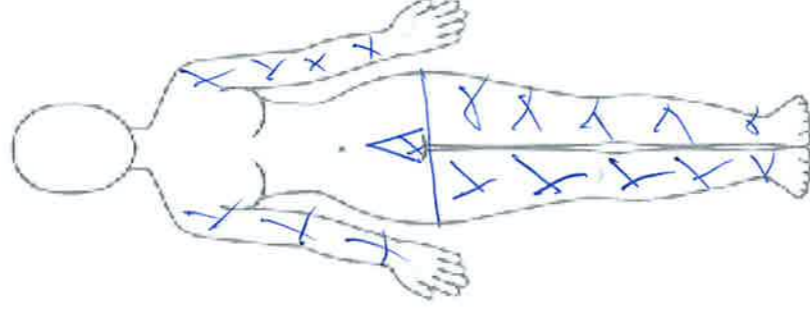
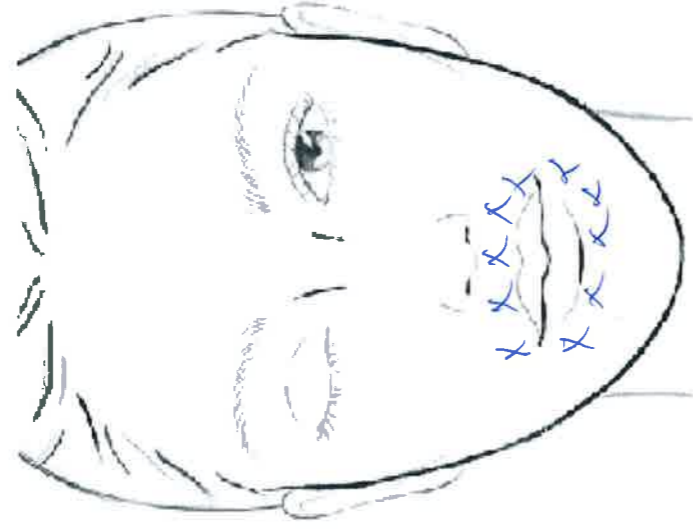
Made by **Reem**

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1000091 - NAGHAM AL KAYED - 971547344789

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

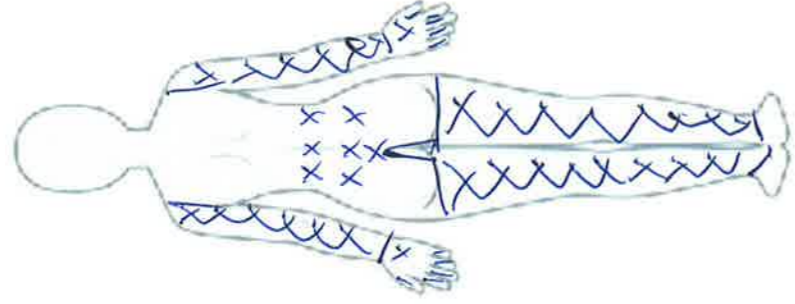
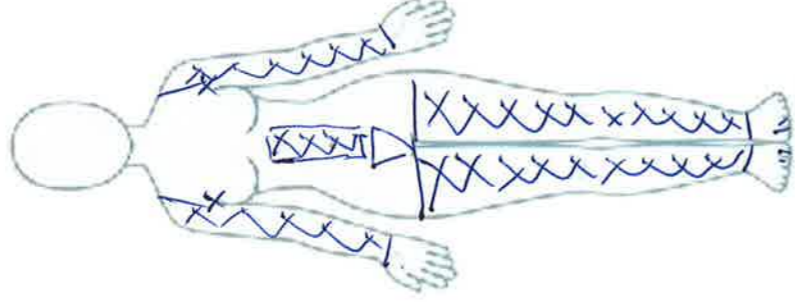
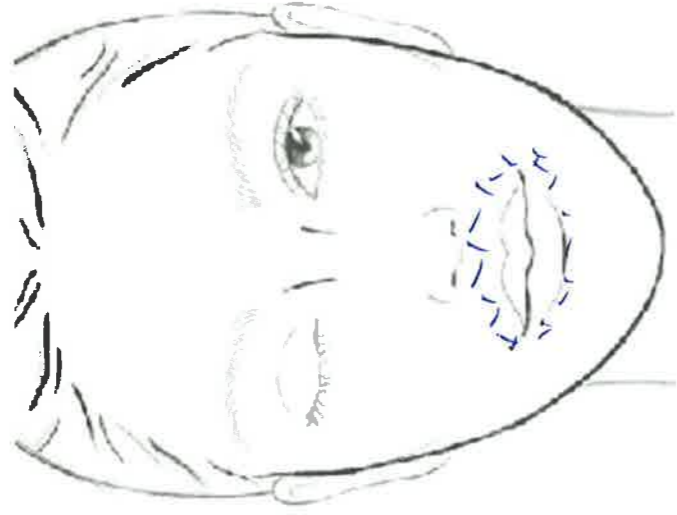
Patient's Name: Nagaw اسم المريض:
 File Number: 612119 رقم الملف:
 Pain Relief given? Yes / No 1000091 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	27/10/19	6/12/19	02/01/20	11/4/20		
Treatment Area	full body	full body	Same	full body		
Hair Type						
Mode	Alex 20	Alex 20	Alex 20	Alex 20		
Fluence	8-10/11	8/10 MS	8/9.5-10	8/9-10 MS		
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	1	1	1	1 pass		
Starting Time	5.45 PM	6 PM	Bikini - 7A 61	Bikini FEN A		
Finish Time	6.45 PM	7 PM	14J/17ms	YA 420		
Post Treatment	Hummed	Hummed 5 PM	4 PM	14/17 MS		
				2 PM		
				3 PM		
				front		
				back		

Therapist Name and Signature

Patient's Name: Nayham اسم المريض
 File Number: 1000091 رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No تخفيف الألم
 Evaluation and consent form completed? Yes / No تقييم المريض
 Pretreatment photography taken? Yes / No التصوير الفوتوغرافي قبل العلاج



FACE : SOFT LIGHT

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	18/12/18	30/1/19	10/4/19	16/8/19	10/7/19	30/09/19
Treatment Area	Full Body	Full Body	Full Body	Full Body	Full Body	Game
Hair Type	MEDIUM	MEDIUM	M	M	MIS	S/Dark
Mode	ALEX	ALEX	ALEX	Alex (20)	Alex 20	Alex
Fluence	6J/15-20	7J/12.5	20 spot		8/12ms	8J/10ms
Pulse Type			1/10-12	9/11ms		
CNT Pulse	1	1				
Passes	1	1	1	1	1	1
Starting Time	1:30 PM	4 PM			2:50 PM	6:30 PM
Finish Time	2:30 PM	5:20 PM	5:15	9:30 PM	3:50 PM	7:40 PM
Post Treatment			6:30 PM	10:30 PM	3:50 PM	7:40 PM
			Yes	Yes	Yes	Prevent 1st

Therapist Name and Signature QUESSIE Raya



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,417.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002000)

Date:18-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000091 - NAGHAM AL KAYED - 971545220241

The sum of Dhs. One Thousand Four Hundred Seventeen Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,417.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 18-12-2018

Being

Made by FATEN

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,417.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002279

Date: 10-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000091 - NAGHAM AL KAYED - 971545220241

The sum of Dhs. One Thousand Four Hundred Seventeen and Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,417.50 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Cheque No.

Date:

Being ADVANCE FOR FULL BODY LHR +FULL FACE SOFT LIGHT - DEKA- NON REFUNDABLE

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,417.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002577)

Date:07-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000091 - NAGHAM AL KAYED - 971547344789

The sum of Dhs. One Thousand Four Hundred Seventeen Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 1,417.50

Bank: Cheque No.

Date: 07-02-2019

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003189

Date: 02-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000091 - NAGHAM AL KAYED - 971547344789**

The sum of Dhs. **Eight Hundred Ninety Two and Five Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **892.50** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: _____ Cheque No. _____ Date: _____

_____ ing **ADVANCE FOR FULL BODY DEKA + 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

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

www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003698)

Date: 16-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000091 - NAGHAM AL KAYED - 971547344789

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 892.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 16-05-2019

Being full body deka + 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 : 1000091 - NAGHAM AL KAYED - 971547344789

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004503)

Date: 25-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000091 - NAGHAM AL KAYED - 971547344789

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 892.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-07-2019

Being

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 : 1000091 - NAGHAM AL KAYED - 971547344789

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



استمارة الموافقة على التلقيح

اسم العيادة: _____ المدينة: _____ الدولة: _____
عنوان العيادة: _____
اسم المريض: صالح
تاريخ الميلاد:/...../..... إذا كان أقل من 24 شهر، فقموا بإدخال جرعات التطعيم [نعم] [لا]

عنوان المريض:

رقم الجوال: _____ البريد الإلكتروني: _____
رقم الترخيم _____ رمز المنتج _____

أصرح بموجبيه بأن يتم عمل تلقيح لي/لطفلي/لطفلي ، وقد قرأت وفهمت المعلومات التالية المهمة جداً المتعلقة بإحدى من أو تقليل المشاكل بعد تلقيح الجسم والرعاية أثناء وبعد تلقيح الحصد. وبموجب توقيعى أدناه فإنتى أقر بما يلي:

- أنا/هو/هي ليس تحت رعاية طبيب/أطباء عن أي حالة طبية أو خلافها لمنع إجراء تلقيح الجسم.
- أنا/هو/هي لا أعاني/تعاني من أي من أمراض السكري أو الصرع أو نقص المناعة المكتسبة/اللايز أو الهيموفيليا أو التوحه أو أي من أمراض القلب، كذلك لا أقع تحت تأثير وصفة دوائية أو دواء منظم مثل لوبية سيولة الدم.
- أنا لمست تحت تأثير المخدرات أو الكحول ولمت حامل.
- تم إبلاغي عن عملية التلقيح وتم منحنى نسخة من إرشادات الرعاية بعد التلقيح وقد قرأتها وفهمتها. أدرك أن إرشادات الرعاية بعد التلقيح تختلف استناداً على ما إذا كان التلقيح في فخذ الأذن أو عضروف الأذن أو الألف أو البطن أو السرة. لقد اطلعت على الاختلافات.
- أدرك احتمل حدوث عدوى بسبب سوء النظافة الصحية أو حساسية المعادن أو لأي أسباب أخرى.
- ولكن العدوى الأكثر شيوعاً ترجع إلى القتل في التباغ إرشادات العناية الموصى بها بعد التلقيح.
- أفهم وأدرك أن تلقيح الأذن في عضروف الأذن قد ينطوي على خطر أكبر في الإحمرار والتورم والعدوى بسبب طبيعة منطقة تلقيح الأذن وأوافق على هذا الخطر بكامل إدراكي.
- أدرك انه بسبب طبيعة التلقيح وتعرض المناطق التي تم تلقيحها حديثاً لبيئات محددة مثل السباحة والمشاركة في الفعاليات الرياضية فقد يزيد احتمال حدوث عدوى.
- ألتزم بالتقيد بإرشادات العناية الموصى بها بعد التلقيح.
- في حالة تلقيح البطن/السرة أدرك أن بشرتي/جسمي قد يرفض المعدن الخارجي مما قد يتسبب في الغلظن القلب.
- أبلغ من العمر أكثر من _____ سنة أو في حال الموافقة نيابة عن قاصر لم يبلغ سن التأهل أقر بأننى والد أو ولي الأمر القانوني لذلك القاصر وأدرك أن توقيع القاصر يعتبر من أعمال التزوير.

بموجب التوقيع على استمارة الموافقة على تلقيح الجسم، أقر بموجبيه أنني أدرك إجراءات العناية بعد التلقيح وخطر العدوى. وبما أنني أدرك المخاطر فإنتى أوافق على أن يتم تلقيحى/تلقينى/تلقينى ابنتى/تلقينى ابنتى
أقوم بتلقينى/تلقينى ابنتى/ابنتى _____ إلى المدى المسموح به بموجب القانون، وأتحمل طواعية كافة المسؤولية عن أي إصابة أو فقدان من أي نوع قد ترتبط بإجراءات التلقيح. وإذا كنت أرفع بصفتى والد أو ولي أمر قانوني نيابة عن قاصر فسوف أتحمل المسؤولية وأقوم بتعويض العيادة وموظفيها والشركة المصنعة والموردين والموزعين وكذلك أدرك أن إبلاي بأي إبادة كتبه بشكل تزوير.

توقيع المريض/الوالد/ولي الأمر القانوني (إذا كان المريض تحت السن القانونية، فيجب التوقيع ههنا بواسطة الوالد أو ولي الأمر القانوني):

التاريخ: 2019/10/10

المعني الطبي: _____
التاريخ: _____

نسخة العيادة





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005325)

Date:01-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000091 - NAGHAM AL KAYED - 971547344789**

The sum of Dhs. **One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **105.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **01-10-2019**

Being **EAR PIERCING + 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 : **1000091 - NAGHAM AL KAYED - 971547344789**

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



مركز أوركيبيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005307)

Date:30-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000091 - NAGHAM AL KAYED - 971547344789**

The sum of Dhs. **Eight Hundred Ninety-Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **892.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **30-09-2019**

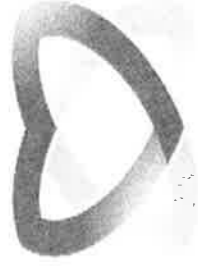
Being **FULL BODY + VAT**

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 : **1000091 - NAGHAM AL KAYED - 971547344789**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,102.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008364)

Date:01-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000091 - NAGHAM AL KAYED - 971547344789

The sum of Dhs. One Thousand One Hundred Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 1,102.50

Bank: Cheque No.

Date: 01-04-2020

Being **full body + 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 : 1000091 - NAGHAM AL KAYED - 971547344789

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



مركز أوركيبيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 787.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006852)

Date:02-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000091 - NAGHAM AL KAYED - 971547344789

The sum of Dh. Seven Hundred Eighty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 787.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 02-01-2020

Being FULL BODY + 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 : 1000091 - NAGHAM AL KAYED - 971547344789

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,102.50

No: REC-008187

RECEIPT VOUCHER

Date: 18-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000091 - NAGHAM AL KAYED - 971547344789**

The sum of Dhs. **One Thousand One Hundred Two and Five Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,102.50 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Being **ADVANCE FOR 1 SESSION FULL BODY + VAT**

Made by **Reem**

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

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