



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 105100 Date: 2011/2/10 اسم المريض: _____
Patient Name: Qasem Jabbar Gender (الجنس): M / F
Date of Birth(تاريخ الميلاد): 11/11/77 Occupation (الوظيفة): _____
Nationality(الجنسية): Syria Phone No. (رقم الهاتف): 096-3557868
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married
Contact Person in Case of Emergency: _____
How Did You Know About Us? Mr. Rasim

	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 تلقي أي علاجات حديثة؟		Yes/No نعم / لا	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟		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 روماتيزم، التهاب شغاف 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 الدم؟		Yes/No نعم / لا	
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، أنيميا (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	
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مفتح للحمل؟ هل تعانين 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 السكر أو أمراض الغدة الدرقية؟		Yes/No نعم / لا	
Other	Other conditions: HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا السيط...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 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.

و أنا 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 هناك 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 امتلاك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

3

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:





مركز اوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

Radiography: _____

Examination : +ve cold / decays

Diagnosis: Caries extending into dentine.



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000100 Date: 7/3/18 اسم المريض

Patient Name: GAMAK JABOOR

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 01/01/1972 Gender (الجنس): M / (F)

Nationality (الجنسية): SYRIAN Occupation (الوظيفة): _____

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

Contact Person in Case of Emergency: _____

How Did You Know About Us? _____

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: JAW ANGLE, DUBBLE CROWN

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

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

Remarks: CONSULTATION ABOUT THUMB WFT
FILLERS AND BONE

Clinical Findings: _____

Radiography: _____

Examination: _____

Diagnosis: PTOSIS FACIEI

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 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 العلمية.

أتفهم أنه ليس هناك 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 و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امسك 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 :

التاريخ: ٢٧ / ١٨ / ٢٠٢٠

توقيع الطبيب المختص:

DOCTOR NOTE

40 UNITS OF B1X (FORMERLY
GUMBEN AND CROWS FEET)


د. غوران يوفانوفيتش
Dr. Goran Jovanovic
اخصائي - جراحة التجميل
Specialist - Plastic Surgeon
MOH License No.: V220
مركز اوركيد الطبي
Orchid Medical Centre

30 UNITS 11. GABBEN AND
CROWS FEET



د. غوران يوفانوفيتش
Dr. Goran Jovanovic
اخصائي - جراحة التجميل
Specialist - Plastic Surgeon
MOH License No.: V220
مركز اوركيد الطبي
Orchid Medical Centre

ORCHID MEDICAL CENTER
SPECIAL PACKAGE TREATMENT FOLLOW UP FORM

PATIENT NAME: QAMAR JASBOOR

FILE # : 1000100
FILE DATE 28/12/2017

NAME OF PACKAGE : ENDYMED FACE

NO: SESSION	DATE	TREATMENT NAME	SIGNATURE OF DOCTOR/TECHNICIAN
1	DATE: 28/12/2017	ENDYMED FACE	 / Faris
2	DATE: 4/1/2018	ENDYMED FACE	 / Faris
3	DATE: 13/1/2018	ENDYMED FACE	/ Faris
4	DATE: 20/1/2018	ENDYMED FACE	/ Faris
5	DATE: 3/2/2018	ENDYMED FACE	/ Faris
6	DATE: 19/2/2018	ENDYMED FACE	/ Faris
7	DATE:		
8	DATE:		
9	DATE:		
10	DATE:		
11	DATE:		

TOTAL NO: OF SESSIONS: 6

TREATMENT START DATE: 28/12/2017

TREATMENT END DATE: 19/2/2018



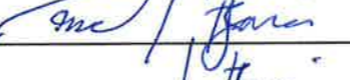
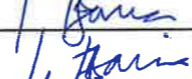
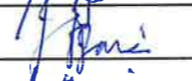


1000100 20/12/2017

ORCHID MEDICAL CENTER
SPECIAL PACKAGE TREATMENT FOLLOW UP FORM

PATIENT NAME: QAMAR JABOOR

FILE #: 1000100
FILE DATE: 20/12/2017

NAME OF PACKAGE: ENDYMED STOMACH X 8 SESSIONS (CONTOURING)

NO: SESSION	DATE	TREATMENT NAME	SIGNATURE OF DOCTOR/TECHNICIAN
1	DATE: 20/12/2017	ENDYMED CONTOURING (STOMACH)	
2	DATE: 28/12/2017	ENDYMED CONTOURING (STOMACH)	
3	DATE: 4/1/2018	ENDYMED CONTOURING (STOMACH)	
4	DATE: 13/1/2018	ENDYMED CONTOURING (STOMACH)	
5	DATE: 20/1/2018	ENDYMED CONTOURING (STOMACH)	
6	DATE: 3/2/2018	ENDYMED CONTOURING (STOMACH)	
7	DATE: 19/2/2018	ENDYMED CONTOURING (STOMACH)	
8	DATE:		
9	DATE:		
10	DATE:		
11	DATE:		

TOTAL NO: OF SESSIONS: 8

TREATMENT START DATE: 20/12/2017

TREATMENT END DATE:

File No#: 1000/100 Date: 20/12/17
اسم المريض: _____
Patient Name: Janar Jabbar
Gender (الجنس): M / F
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 15 Years
Nationality (الجنسية): Syrian
Occupation (الوظيفة): _____
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married
Phone No. (رقم الهاتف): 058-3557868
Contact Person in Case of Emergency: _____

How Did You Know About Us?

I met Mr. Rami in Pharmacy and he told me about the center.
orchid

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

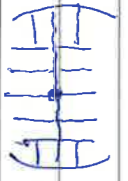
2- هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ نعم ___ لا ___

3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحاد البسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج؟ نعم ___ لا ___

4- هل تناولت عقار "الأكيوتان" / الإيسوترتينوين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم ___ لا ___

Patient Name:

FILE NO#

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
20/12/17	BODY CONTOURING (ABDOMEN) 			
	INITIAL WEIGHT = 113.20 kg AC = 137cm ABDOME = 122cm			
	Package for 8 sessions c for 6000	6000	20/12/17	
28/12/17	WEIGHT = 111.6 kg, BODY CONTOURING (ABDOMEN) DONE AC = 135.5 ABDOME = 122cm			
	5:30 PM 7 ENDOYMED FACE PACKAGE X 6 SESSIONS 1st SESSION DONE			
4/1/18	W = 110.4 kg 3rd SESSION OF BODY CONTOURING AC = 133 cm ABDOME = 122 cm DONE (STOMACH) total 3000	1500	1500	
13/1/18	W = 116.90 kg 4th SESSION OF BODY CONTOURING AC = 135cm ABDOME = 122cm DONE (STOMACH)			
20/1/18	W = 108.9 kg 5th SESSION OF BODY CONTOURING DONE			
3/2/18	W = 108.7 kg 6th SESSION OF BODY CONTOURING DONE			
19/2/18	W = 107.7 kg 7th SESSION OF BODY CONTOURING DONE			
	8th & FINAL SESSION OF ENDOYMED FACE PACKAGE			

د. غوران يوفانوفيتش
 Dr. Goran Jovanovic
 أخصائي جراحة التجميل
 Specialist - Plastic Surgeon
 اختصاص جراحة التجميل
 Orchid Medical Center