

File No#: 1000106 Date: 07/03/2018
Patient Name: MUHAMMED AHMED AL MEKHALAFI اسم المريض:
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 01/01/1978 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): YEMENI Occupation (الوظيفة):
Marital Status (الحالة الاجتماعية): _____ Phone No. (رقم الهاتف): 0502231224
Contact Person in Case of Emergency: _____

How Did You Know About Us? DR. YANDOF

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الإجابة 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 الحلاّ البسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج؟ ___ نعم ___ لا

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

File No#: 1000106

Date: 23/12/17

اسم المريض:

AHMED AL MEKHAFI

Patient Name: Mo Ahmed

Gender (الجنس): M / F

Date of Birth (تاريخ الميلاد):

Nationality (الجنسية): YEM

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 050 223 1224

Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us? DR. YANOOF

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم	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 لا/نعم	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No لا/نعم	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No لا/نعم	
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟	Yes/No لا/نعم	
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزمية، 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 مميئات 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 القصبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No لا/نعم	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No لا/نعم	
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للنساء: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مئاع للحمل؟ هل تعالين 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 تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا/نعم	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم	
Other	Other conditions؟ HSV, HIV...etc فيروس الأبتز، فيروس الحلا السيط	Yes/No لا/نعم	

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 التخصيصات 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 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 أنني املاك 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:

توقيع الطبيب المختص:

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

File No#: 1000106 Date: _____

Patient Name: _____ اسم المريض:

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

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Marital Status: Married

Chief Complaint: Regular Routine visit

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: _____

REDAD DATA

CAEAIOEBAA83ODQXO

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	Mohammed,Ahmed,Qaid,,Al Mekhlafi	IDN:	784197820797179	Mother Name:	
Name (Ar)	محمد احمد قائد المخلافي	Card Number:	085861460	Mother Name (Ar):	
Title		Nationality:	YEM	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	اليمن		
Issue Date:	17/10/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	15/10/2020	Date of Birth:	01/01/1978	Sponsor Name:	الجزيرة لتحصيل التورن ذ م م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	30120127006542	Residency Expiry:	15/10/2020
ID Type:	IL	Occupation:	1231	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

12/23/2017

ORCHID MEDICAL CENTER

PATIENT DISCOUNT APPROVAL FORM

PATIENT NAME: MOHAMMAD AHMED AL MEKHLAFI FILE #: 1000106
DOCTOR NAME & DEPT: DR. HALIM MARDAWI FILE DATE 23/12/17
DENTAL DEPARTMENT

NAME OF THE TREATMENT: S & P

ACTUAL PRICE OF THE TREATMENT: 300

CHARGEABLE AFTER APPROVED DISCOUNT: 200

EXTRA DISCOUNT PROVIDED: 100%

FINAL AMOUNT COLLECTED: 0

REASON FOR DISCOUNT PROVIDED: Friend of Dr Yanooof

DOCTOR SIGNATURE: 

FRONT DESK SIGNATURE: 


FINAL APPROVAL
DR. YANOOOF AL BEEDEH

ACCOUNTS
ONE COPY FOR ACCOUNTANT

ONE COPY FOR PATIENT FILE



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000106

Date: 28/2/2018

Patient Name: Mohamed Ahmed Al Mkhafi اسم المريض

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 01/01/1978

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Yemeni

Occupation (الوظيفة): _____

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): 9715022317214

Contact Person in Case of Emergency: _____

How Did You Know About Us? friend Dr. Yousef.

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

PATIENT CASE FOR BUTOX
INJECTIONS FOR TORTICOLLIS, CRANIAL
NERVE PAIN.

INJECTED 40 UNITS OF
BUTOX IN MENTIONED AREAS.



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

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 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 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 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 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 امتلك 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:

توقيع الطبيب المختص:



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,045.80

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000970)

Date:29-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000106 - Mohammed Ahmed Al Mekhlafi - 971502231224

The sum of Dhs. **One Thousand Forty-Five Dirhams and Eighty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,045.80** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: _____

Date: **29-07-2018**

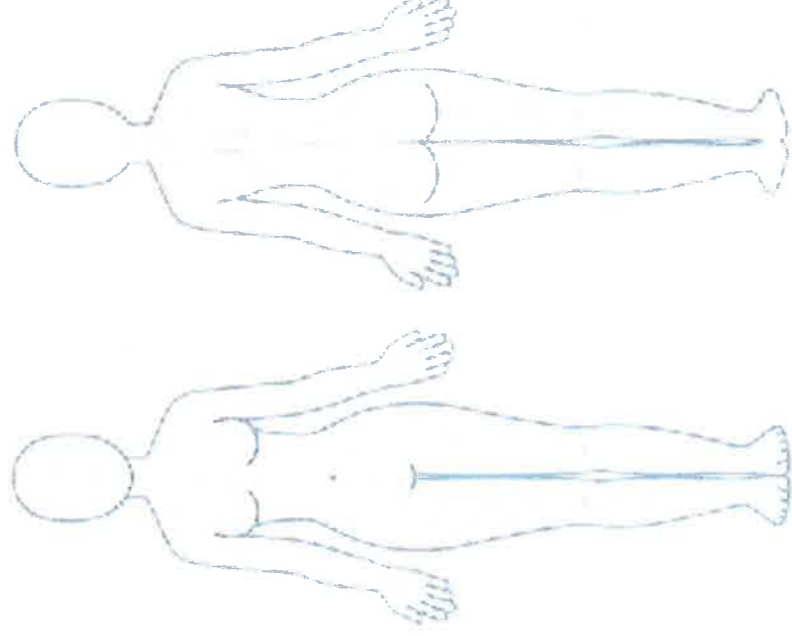
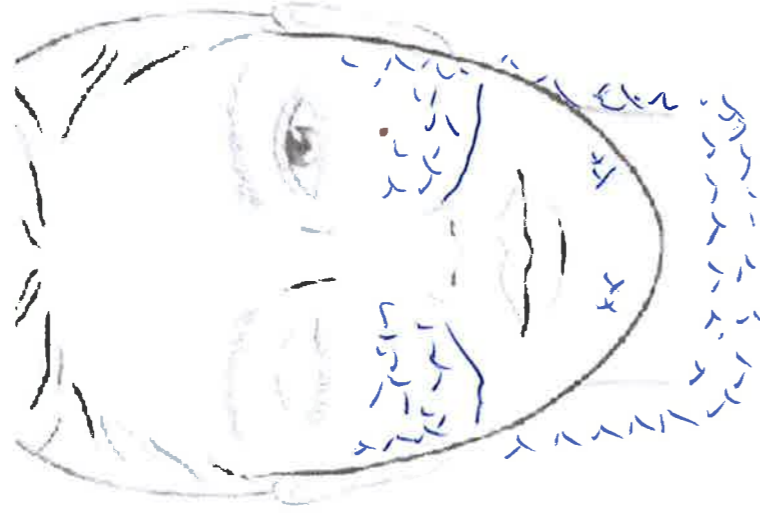
Cheque No. _____

Being _____

Made by **Ghada**

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

Patient's Name: **MUHAMMAD** اسم المريض
 File Number: رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No 1000106
 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	21/12/19	31/3/19	9/5/19	31/7/19	7/9/19	22/10/19
Treatment Area	UPPER LIP + MOUTH MEDIUM	BEARD + NECK MEDIUM	BEARD + NECK M	BEARD + NECK M DARK	BEARD + NECK SOFT DARK	BEARD + NECK
Hair Type	ALEX	ALEX	ALEX	ALEX (20)	ALEX 20	ALEX 20
Mode	75/12	75/12	75/12	75/12	8/11ms	18/18ms
Fluence						
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	1	1	1	1	1	1
Starting Time	10:20 AM	1:30 PM	10:30 AM	4 PM	10:30 AM	12 AM
Finish Time	10:40 AM	1:45 PM	10:45 PM	5 PM	10:30 AM	12 AM
Post Treatment	FLUENT	FLUENT	FLUENT	FLUENT	FLUENT	FLUENT
Therapist Name and Signature	BESSIE					

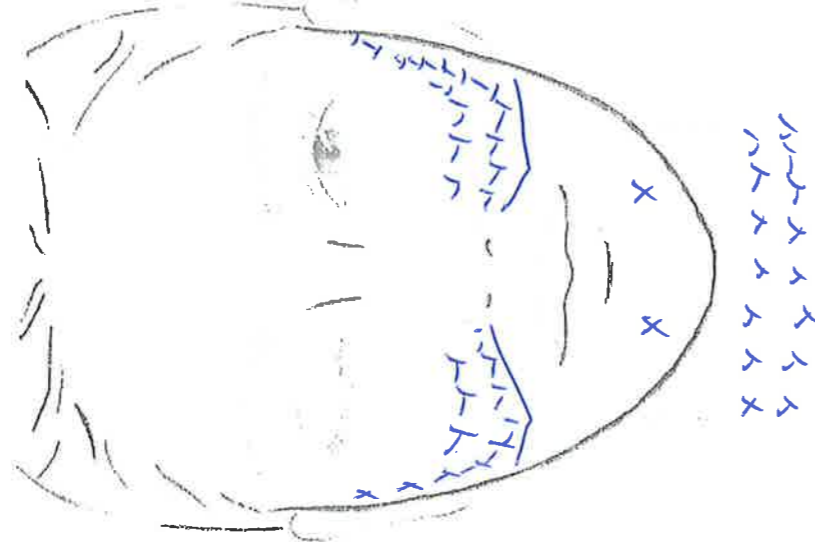
Patient's Name: MOHAMMED AL MEKHTAT

File Number: 1000106 رقم الملف

Pain Relief given? Yes / No

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No



Treatment Date	Treatment Area	Hair Type	Mode	Fluence	Pulse Type	GNT Pulse	Passes	Starting Time	Finish Time	Post Treatment
29/7/18	BEHIND KINETNERK	DPK, COURSE	DP1	14J/cm ²	BURST		1	10:30	10:55	FUCICORT + PHOTODERM
28/8/18	SKIN	DPK, COURSE	DP1	14J/cm ²	BURST		1	10:30 AM	10:55 AM	FUCICORT + PHOTODERM
24/9/18	SKIN	DPK, COURSE	DP1	14J/cm ²	BURST		1	4:10 PM	4:30 PM	FUCICORT
24/10/18	SKIN	DPK, COURSE	DP1	16J/cm ²	BURST		1-2	11 AM	11:15 AM	FUCICORT
17/12/18	BEHIND COURSE	DPK, COURSE	ALEX FJ/20				1	10:30 ^{AM}	10:45 ^{AM}	FUCICORT
22/1/19	BEHIND LINE F KEX	MEDIUM	ALEX FJ/15				1	1:30 PM	1:45 PM	FUCICORT H

Therapist Name and Signature: BUESKIE



مركز أوريد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

TAX INVOICE (NO. INV-C003721)

Patient File # : **1000106** Visit Date : **21-02-2019**
 Patient Name : **Mohammed Ahmed Al Mekhlafi** Insurance : **Cash**
 Doctor : **Deka Laser** Invoice Date : **21-02-2019**
 VAT Reg # : **100479302000003**

SI.No	Code	Service	Unit Price	Quantity	Gross	Discount	VAT %	VAT Amount	Net
1.	DER04	BEARD LINE + NECK (HR)	500.00	1	500.00	300.00	5.00	10.00	200.00
Gross Total (in AED)									
200.00									
Discount (in AED)									
300.00									
Net Total (in AED)									
200.00									
VAT TOTAL									
10.00									
NET + VAT TOTAL									
210.00									
Balance (in AED)									
210.00									
Advance Balance (in AED)									
0.00									

Prepared By

PATIENT WILL PAY NEXT SESSION

Patient Signature

Kindly note that this automated and uniquely dated invoice is payable on this visit before leaving the Center deposit will be automatically deducted upon settlement.

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

www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

TAX INVOICE (NO. INV-C004055)

Patient File # : 1000106 Visit Date : 31-03-2019
Patient Name : Mohammed Ahmed Al Mekhlafi Insurance : Cash
Doctor : Deka Laser Invoice Date : 31-03-2019
VAT Reg # : 100479302000003

Sl.No	Code	Service	Unit Price	Quantity	Gross	Discount	VAT %	VAT Amount	Net
1.	DER04	BEARD LINE + NECK (HR)	200.00	1	200.00	200.00	0.00	0.00	0.00
Gross Total (in AED)									0.00
Discount (in AED)									200.00
Net Total (in AED)									0.00
VAT TOTAL									0.00
NET + VAT TOTAL									0.00
Balance (in AED)									0.00
Advance Balance (in AED)									0.00

Prepared By

100% DISCOUNT FROM DR YANOOF

Patient Signature

Kindly note that this automated and uniquely dated invoice is payable on this visit before leaving the Center deposit will be automatically deducted upon settlement.

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

TAX INVOICE (NO. INV-C004443)

Patient File # : 1000106 Visit Date : 09-05-2019
 Patient Name : Mohammed Ahmed Al Mekhlafi Insurance : Cash
 Doctor : Deka Laser Invoice Date : 10-05-2019
 VAT Reg # : 100479302000003

Sl.No	Code	Service	Unit Price	Quantity	Gross	Discount	VAT %	VAT Amount	Net
1.	DER04	BEARD LINE + NECK (HR)	200.00	1	200.00	200.00	0.00	0.00	0.00
Gross Total (in AED)									0.00
Discount (in AED)									200.00
Net Total (in AED)									0.00
VAT TOTAL									0.00
NET + VAT TOTAL									0.00
Balance (in AED)									0.00
Advance Balance (in AED)									0.00

Prepared By

100% DISCOUNT FROM DR YANOOF

Patient Signature

Kindly note that this automated and uniquely dated invoice is payable on this visit before leaving the Center deposit will be automatically deducted upon settlement.

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

www.omc1.ae

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	42.1 (34.9~42.7)
For building muscles	Protein (kg)	11.5 (9.4~11.4)
For strengthening bones	Minerals (kg)	3.89 (3.23~3.95)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	21.1 (7.5~14.9)
Sum of the above	Weight (kg)	78.6 (52.8~71.4)

InBody Score

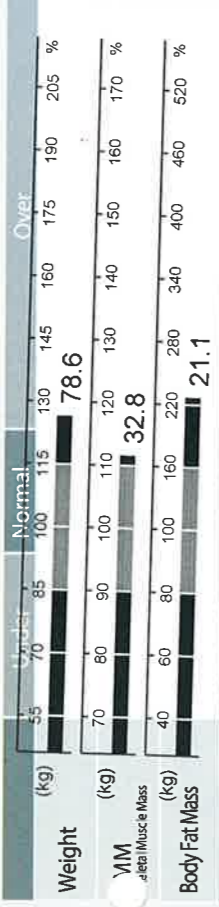
74/100 Points

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

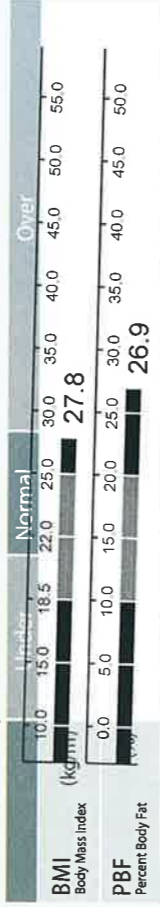
Weight Control

Target Weight 67.6 kg
 Weight Control -11.0 kg
 Fat Control -11.0 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Muscle-Fat Analysis



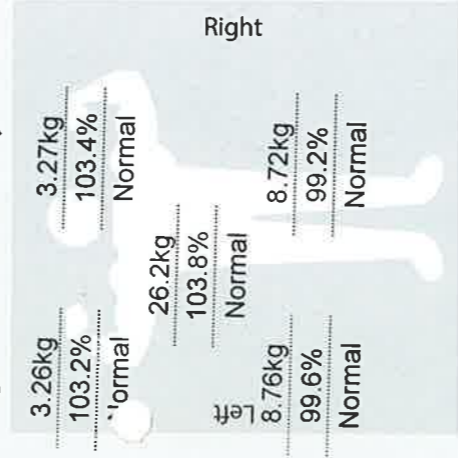
Obesity Analysis



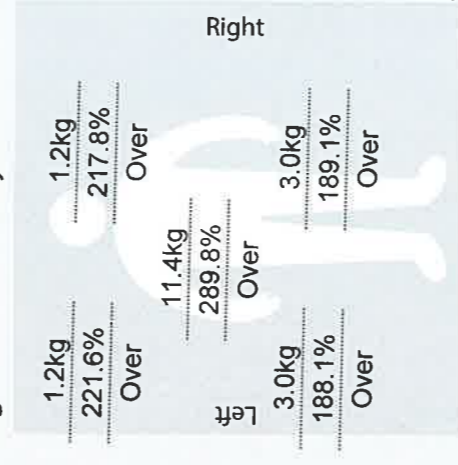
Research Parameters

Fat Free Mass 57.5 kg
 Basal Metabolic Rate 1611 kcal (1669~1957)
 Obesity Degree 127 % (90~110)
 Recommended calorie intake 2166 kcal

Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	78.6
SMM (kg)	32.8
PBF (%)	26.9

Results Interpretation QR Code

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



Impedance

Z(Ω) 20 kHz | 313.5 24.1 264.2 259.7
 100 kHz | 271.4 273.5 20.4 225.8 222.8