

File No#: 1000186 Date: 10/2/18
اسم المريض: _____
Patient Name: Fedaa Attayah
Gender (الجنس): M / (F)
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 19/Dec/1978
Occupation (الوظيفة): _____
Nationality (الجنسية): Jordan
Phone No. (رقم الهاتف): 055-5147798
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married
Contact Person in Case of Emergency: _____

How Did You Know About Us?

Friends / saw on fan's

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 الحصى أو التفurchات في منطقة العلاج؟ نعم ___ لا

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

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO*

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Public Data Verification report

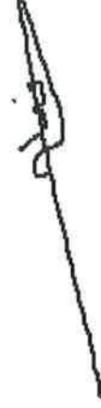
File	Valid Signature?
Non-Modifiable Data (SF3)	False
Modifiable Data (SF5)	False
Holder Signature Image (SF7)	False
Photography	False
Home Address	False
Work Address	False

Card Holder Information

Name	Feddaa,Fayez,Daher,,Atiyeh	IDN:	784197876363850	Mother Name:	
Name (Ar)	فداء فاضل ظاهر عتيه	Card Number:	077983036	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	12/04/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	26/03/2018	Date of Birth:	19/12/1978	Sponsor Name:	مراد عيسى طلب علي
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	04447469
Residency Type:	03	Residency Number:	20120063019501	Residency Expiry:	26/03/2018
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

2/10/2018

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا خدار خاز عطية بقدمي إلى مركز أوركيد 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 إنباء 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 , التنف , 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 التنف 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.

Patient Name: Fedaa

FILE NO# 1000 186

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
10/2/18	Full face H.R.	300	0	د. غوران يوفانوفيتش Dr. Goran Jovanovic Specialist - Plastic Surgeon MOH License No.: 4200 Orchid Medical Centre
9/4/18	16J/cm ² x 1PASS, 14J/cm ² x 1PASS, BURST MODE FULL FACE 14HR 16J/cm ² , BURST x 2 PASSES	200	0	
16/5/18	FULL FACE 14HR 16J/cm ² , BURST x 2 PASSES	200	0	
22/7/18	14HR FULL FACE 16J/cm ² , BURST x 2 PASSES	200	0	
3/10/18	14HR FULL FACE 16J/cm ² , BURST x 2	200	0	
31/12/18	14HR FULL FACE 18J/cm ² , SHORT x 2			
24/3	14HR FACE 1/2 ALEX 7/13m.			
19/6/19	14HR 1/2 face 14HR 1/2 face 14HR 1/2 face 14HR 1/2 face			د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 4200 Orchid Medical Centre
20/6/19	14HR 1/2 face			
22/9/19	14HR 1/2 arms (VIKINI)			
23/10/19	14HR 1/2 arms + half face (VIKINI)			
8/12/19	half Arms (VIKINI)			
5-12-2020	إزالة فوليد تم تفسير 20 سن venereers 19 zircon 1			D. Amig

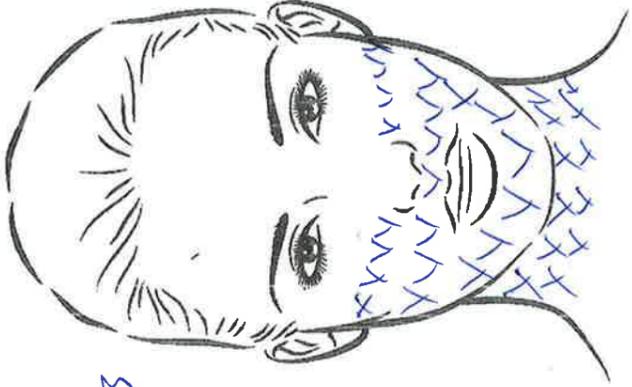
د. اميرة حسن
 Dr. Amira Hassan
 معارض عام - طبيب استاذ عام
 G.P. General Dentist
 مركز أوركيد الطبي
 MOH License No.: 41288
 Orchid Medical Centre

تم عمل الفوليد في الفينير (54)
 تم عمل الفوليد في الفينير (54)

Circle areas to be treated:

Other _____

16 MAY 2018

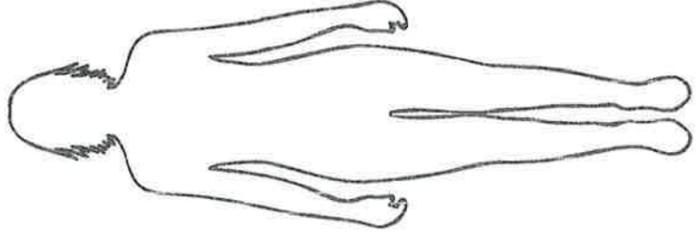


LHR FULL FACE
16 J/cm², BURST X 2 PASSES

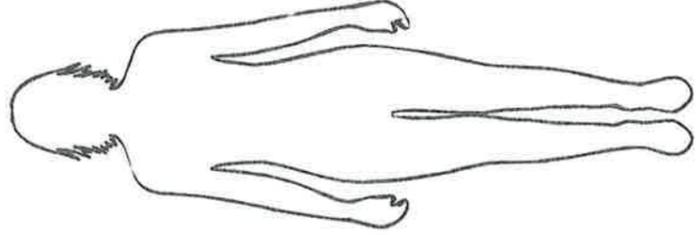
START TIME: 4:30 PM

END TIME: 5 PM

Front



Back





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000656)	Date:16-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000186 - Feddaa Atiyeh - 971555149793		
The sum of Dhs. Two Hundred Only		
By Cash 200.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 16-05-2018
Being		
Made by Ghada		

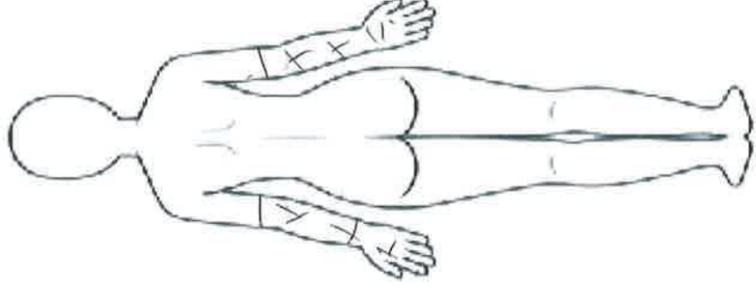
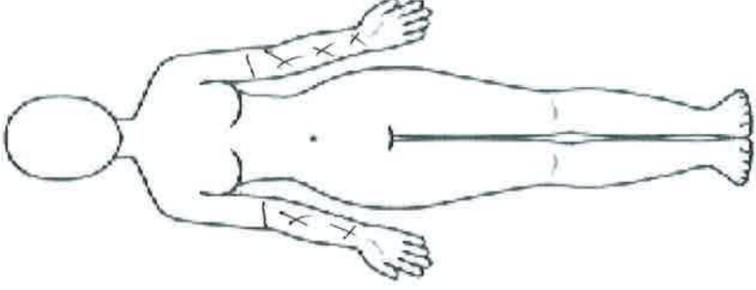
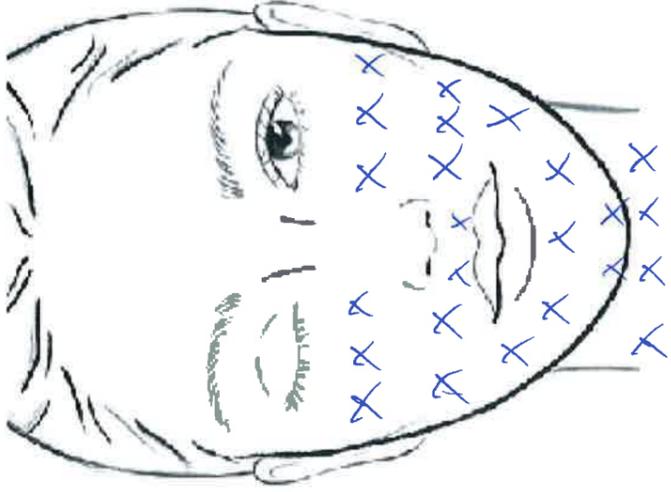
Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae

Patient's Name: *Fadia Atiyeh*

اسم المريض:

File Number: رقم الملف: Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pain Relief given? Yes / No 1000188 Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	22/9/19	23/10/19	8/12/19			
Treatment Area	1/2 ARMS	1/2 ARMS HALF-FACE	Same			
Hair Type	CH12L19	HALF-FACE				
Mode	DPI/SH	DPI/SHORT	DPI			
Fluence	20J/SH	20J/SHORT	22J/SHORT			
Pulse Type		face-18				
CNT Pulse	2	2	2			
Passes						
Starting Time	3pm	12:30pm	12:30pm			
Finish Time	3:20pm	1pm				
Post Treatment			HIRUDOID			

Hirudoid

[Signature]

Therapist Name and Signature



مركز اوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000940)

Date:22-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000186 - Feddaa Atiyeh - 971555149793

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **210.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

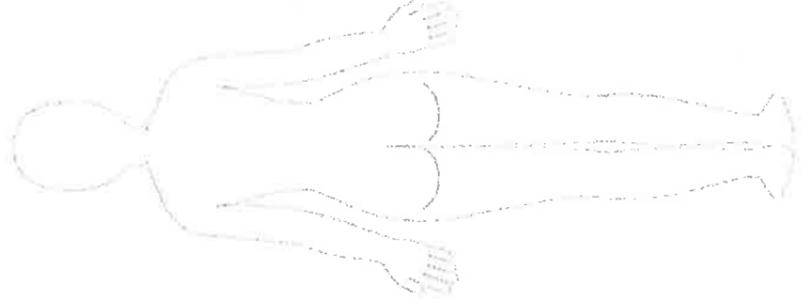
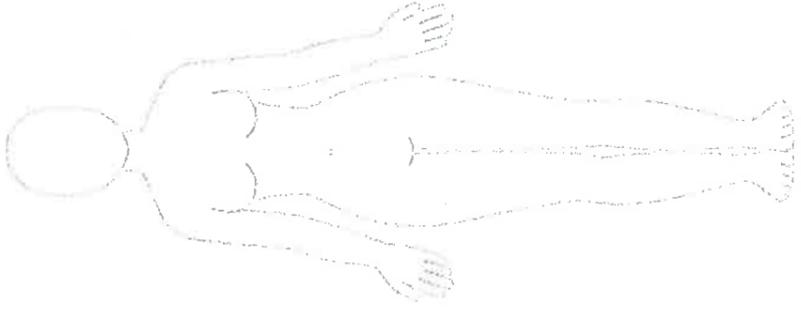
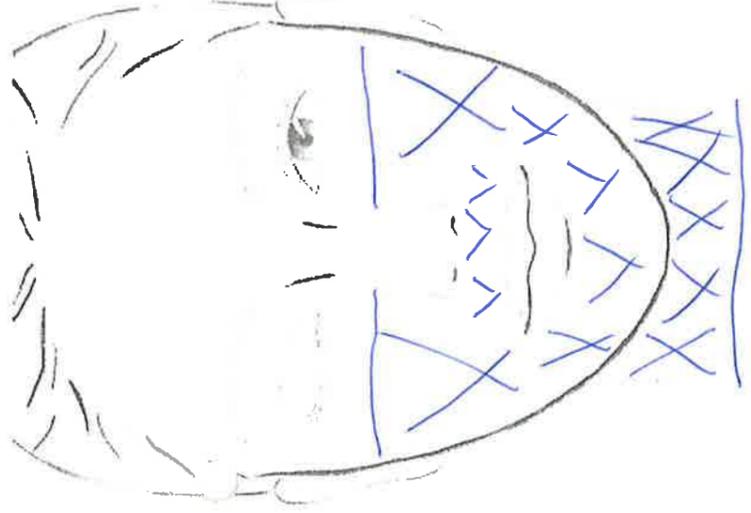
Date: 22-07-2018

Being

Made by Ghada

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

Patient's Name: FEDAA ATTAYAH اسم المريض
 File Number: 10002186 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	22/7/18	3/10/18	5/12/18	24/3/19	19/6/19	30/6/19
Treatment Area	FACE	FACE	FACE	FACE 1/2	face 1/2	1/2 face
Hair Type	COURSE, DARK	COURSE, DARK	MEDIUM	SOFT	SOFT LM	DPI
Mode	DP1	DP1	DP1	ALEX	Alex Coo	18J STOR T
Fluence	16-20 J/cm ²	16 J/cm ²	18 J/cm ²	20 spot	8 J/cm ²	
Pulse Type	BURST	BURST	SHORT	7 J/13 ms.		
CNT Pulse						
Passes	2	2	1	1	1	2 Pass
Starting Time	3 PM	2:45 PM	5:10 PM	2:30 PM	2:45 PM	3:30 PM
Finish Time	3:20 PM	3:10 PM	5:35 PM	2:45 PM	3:00 PM	3:45 PM
Post Treatment	REPANATHEN + ADVANTAN CREMA	PHOTODERM MAX	FUCICORT	Beery	hurd	hurd + Surgona Beery
Therapist Name and Signature	BESSIE Khan					



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001351)

Date:03-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000186** - Feddaa Atiyeh - 971555149793The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **210.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **03-10-2018**

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

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002155)

Date:31-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000186 - Feddaa Atiyeh - 971555149793

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 210.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 31-12-2018

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 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003057)

Date:24-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000186 - Feddaa Atiyeh - 971555149793

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 210.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-03-2019

Being FACE + 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 : 1000186 - Feddaa Atiyeh - 971555149793

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004102)

Date:19-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000186 - Feddaa Atiyeh - 971555149793

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **210.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 19-06-2019

Being **FULL FACE + VAT**

Made by **Hiba**

- 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 : 1000186 - Feddaa Atiyeh - 971555149793

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 787.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005172)

Date:22-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000186 - Feddaa Atiyeh - 971555149793

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 22-09-2019

Being 3 SESSION HALF ARMS + 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 : 1000186 - Feddaa Atiyeh - 971555149793

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005614)

Date:23-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000186 - Feddaa Atiyeh - 971555149793

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 210.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date: 23-10-2019

Being face + 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 : 1000186 - Feddaa Atiyeh - 971555149793

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,000.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006901

Date: 05-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000186 - Feddaa Atiyeh - 971555149793**The sum of Dhs. **Two Thousand Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **2,000.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: _____ Cheque No. _____ Date: _____

_____ ing advance for 19 veneers 6175 + 1 zircon crown 1000 + vat balance 5533.75

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

511029
05130



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,000.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-007073

Date: 15-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000186 - Feddaa Atiyeh - 971555149793

The sum of Dhs. **Two Thousand Only**

By Cash **2,000.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: 0.00) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR 19VENEERS + 1 ZIRCON + VAT BALANCE 3533.75**

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



مركز أوركيديك الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-007551)

Date: 09-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000186 - Feddaa Atiyeh - 971555149793

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **85.00** / By Credit Card **72.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**Bank: Cheque No. Date: **09-02-2020**Being **half face + 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 : 1000186 - Feddaa Atiyeh - 971555149793

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



2020/01/27

اسم المريض: فداء عطية

رقم الملف: 1000186

ضمان تركيب فينير.

ضمان خمس سنوات من المختبر فيما يتعلق بفتير الاسنان، الضمان يشمل اي مشكلة ناتجة عن عيوب التصنيع او التركيب بالإضافة الى ضمان سنوات من مركز اوركيد الطبي، مع مسؤولية المريض على العناية بالصحة الفموية والفحص الدوري والصحة العامة للاسنان.

الضمان لايشمل اي تكسير او ضرر ناتج عن اي حوادث او عوارض خارجية.

يبدأ الضمان من تاريخ هذه الرسالة.

ضمان من المختبر

2025/01/26-2020/01/27

ضمان من مركز اوركيد الطبي

2030/01/26-2025/01/27

شكرا لاختياركم مركز اوركيد الطبي.....

معتاد
د. محمد النضه الاصلي

مركز اوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER
www.omc1.ae