

File No#: 1000195 Date: 15/2/18
اسم المريض:
Patient Name: Eunna Abdi
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 23/02/1987 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): UAE Occupation (الوظيفة): -
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single Phone No. (رقم الهاتف): 050-8555333
Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us?

Darsen Khaleel

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 ثور الحثى أو الثقرجات في منطقة العلاج؟ نعم لا

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

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا _____ بقومي 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 بصيلات الشعر و تعطل قدرتها على إنماء الشعر.

أتفهم أن النتائج تختلف من شخص لأخر 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 , النتف , الكريمات, وازالة 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 النتف قبل العلاج ب6 أسابيع على الأقل.

. 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 ستتلاشى 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.

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO'

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Public Data Verification report

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

Card Holder Information

Name	Eman,Ali,Jasem,Hassan,Ahli	IDN:	784198797657248	Mother Name:	
Name (Ar)	إيمان، علي، جاسم، حسن، آهلي	Card Number:	062894495	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	301023750
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	22/04/2013	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	22/04/2018	Date of Birth:	23/02/1987	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	10	Occupation Field:	99



Photo

Signature Image

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

2/15/2018

FILE NO#

Patient Name:

* PACKAGE OF 6 (1200) = 7200

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
15/2/18	> 1HR FULL BODY (FULL ARMS, FACE, UNDERARM, BIKINI, FULL LEGS) 10J/cm ² , BURST X 2 PASSES			
	BIKINI - 10J/cm ² , BURST X 2 PASSES	1800		
24/3/18	> 1HR FULL BODY (FULL ARMS, FACE, UNDERARM, BIKINI, FULL LEGS) 10J/cm ² , BURST X 2 PASSES	1800		
	UNDERARM, BIKINI, FULL LEGS) 10J/cm ² , BURST X 2 PASSES		3600	
28/04	1HR FULL BODY (FULL ARMS, FACE, UNDERARM, BIKINI, FULL LEGS) 10J/cm ² , BURST X 2 PASSES - BIKINI 10J/cm ² , BURST X 2 FACE - 10J/cm ² , BURST X 2 PASSES	1800.00		
	TOTAL PAYMENT: 5400.00			
	REMAINING BALANCE:		1800.00	
			17.00 (CASH CARD)	
11/3/19	new Pkg 1 year with front and back 3097.50 > 1HR FULL BODY PLUS (VIKINI) (5900)		2802.50	
	1st session Done			
2/5/19	Remaining 11 Session 1HR full body plus (VIKINI)			
8/6/19	1HR full body + (VIKINI) (2nd)			
8/7/19	1HR full body + (VIKINI)			

د. غوران يوفانوفيتش
Dr. Goran Jovanovic
Specialist - Plastic Surgeon
MOH License No. 17278
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No. 1826
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No. 1826
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No. 1826
Orchid Medical Centre

10/8/19: Plan: Meso face + Botox

- 1HR full body + (VIKINI)

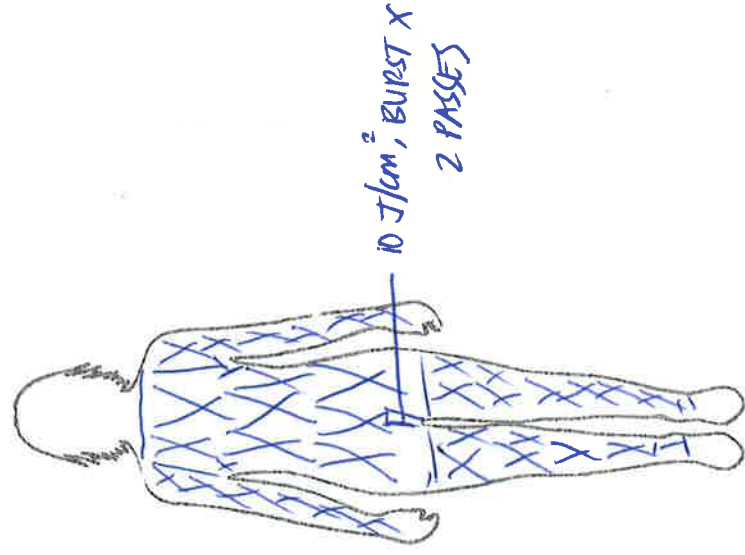
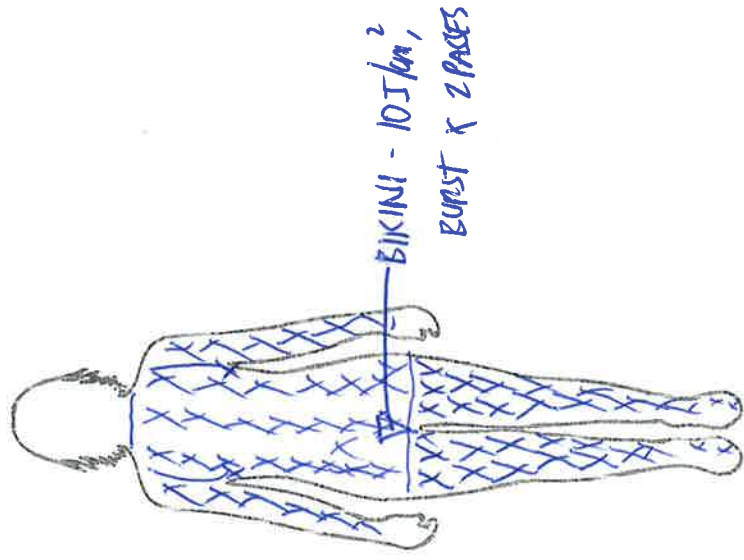
17/09/19 - 1HR full body + (VIKINI)

Circle areas to be treated:

Other _____

START TIME: 9:50 AM

END TIME: 12:20 PM





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,800.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000546)	Date:28-04-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000195 - Eman Ahii - 971508505583		
The sum of Dhs. One Thousand Eight Hundred Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 1,800.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 28-04-2018
Being		
Made by Ghada KC		

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

Ghada

www.omcl.ae

ORCHID MEDICAL CENTER
SPECIAL PACKAGE TREATMENT FOLLOW UP FORM

PATIENT NAME: EMAN AHLI

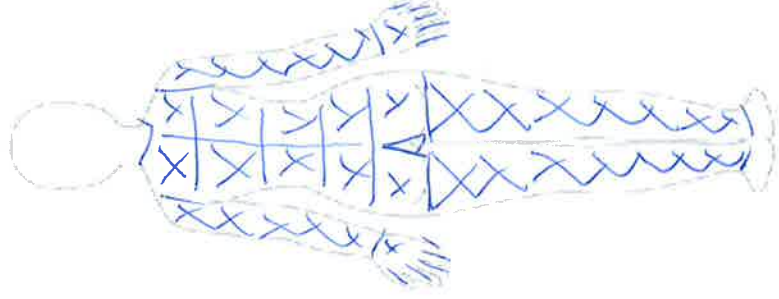
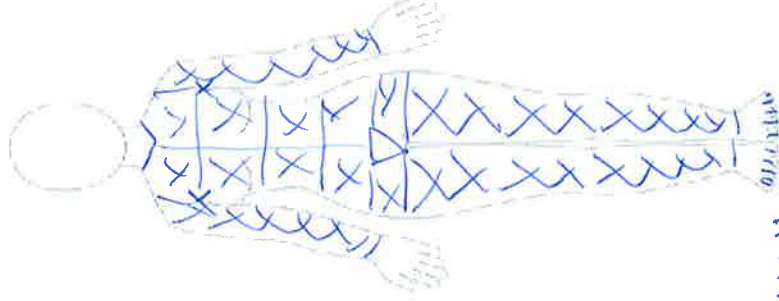
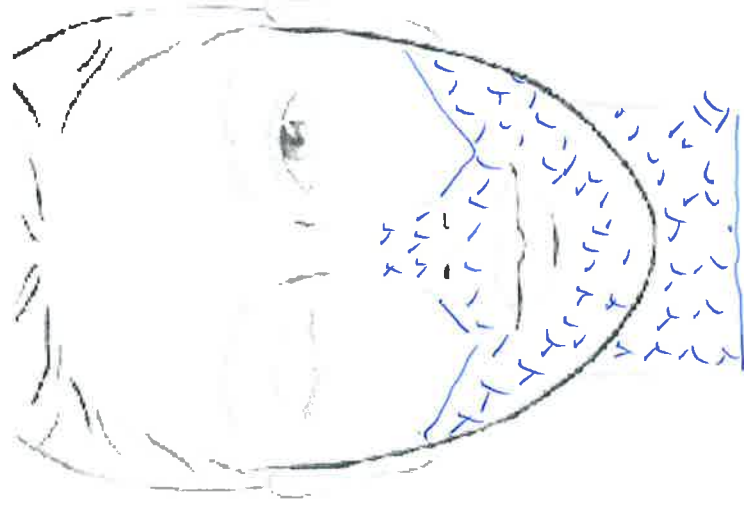
FILE #: 1000195
FILE DATE: 15/2/2018

NAME OF PACKAGE: LHR FULL BODY X 6

NO: SESSION	DATE	TREATMENT NAME	SIGNATURE OF DOCTOR/TECHNICIAN
1	DATE: 15/2/2018	LHR FULL BODY	<i>[Signature]</i>
2	DATE: 24/3/2018	LHR FULL BODY	<i>[Signature]</i>
3	DATE: 22/4/2018	LHR FULL BODY	<i>[Signature]</i>
4	DATE:		
5	DATE:		
6	DATE:		
7	DATE:		
8	DATE:		
9	DATE:		
10	DATE:		
11	DATE:		

TOTAL NO: OF SESSIONS: 6
TREATMENT START DATE: 15/2/2018
TREATMENT END DATE:

Patient's Name: EMAN ALI / اسم المريض
 File Number: 1002195 رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



VIKINI

Treatment Date	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
11/2/19	13/04/19	17/09/19	10/08/19	15/10/19	9/6/20	
Full Body Plus	Full Body Plus	Same	Same	Same	Same	
Medium	Medium	Medium	Medium	Med/Soft	Med/Soft	
DPI/FDP	DPI/FDP	DPI/FDP	DPI/FDP	DPI/FDP	DPI/FDP	
22J/6J	20J/6J	20J/6J	22J/6J	22J/6J	22J/6J	
SHORT	SHORT	SHORT	SHORT	SHORT	SHORT	
2, 1	2, 1	2, 1	2, 1	2, 1	2, 1	
12:45 PM	11:20 PM	1:20 PM	1:15 PM	6:20 PM	5:30 PM	
	1:20 PM	2 PM	9 PM	7:50 PM	7 PM	

BUESHIE/BEENA

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,097.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002935)

Date:11-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000195 - Eman Ahli - 971508505583

The sum of Dhhs. Three Thousand Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 3,097.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 11-03-2019

Being PATIENT TOOK 1 YEAR PKG WITH FRONT AND BACK VIKINI PAID 3097.50 BALANCE 3097.5 WILL BE PAID

Made by Rana

- 1.Any Advance refund will be within 48 hours for 20% deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1000195 - Eman Ahli - 971508505583

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,097.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003323)

Date: 13-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000195 - Eman Ahli - 971508505583

The sum of Dhs. Three Thousand Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 3,097.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 13-04-2019

Being PACKAGE FOR FULL BODY PLUS LHR (12 SESSIONS 5900) + VAT (PT PAID HALF ON 11-3-2019 AND BILLED)

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 : 1000195 - Eman Ahli - 971508505583

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