

**ORCHID MEDICAL CENTER**  
**SPECIAL PACKAGE TREATMENT FOLLOW UP FORM**

**PATIENT NAME:** SALLY

**FILE #:** 1000266

**NAME OF PACKAGE:** LHR FULL BIKINI + UNDERARM X 3

**FILE DATE:** 10/3/18

NO: SESSION	DATE	TREATMENT NAME	SIGNATURE OF DOCTOR/TECHNICIAN
1	DATE: 10/3/18	LHR FULL BIKINI + UNDERARM	<i>Jane</i>
2	DATE: 5/3/18	LHR FULL BIKINI + UNDERARM	<i>Jane</i>
3	DATE: 5/4/18	LHR FULL BIKINI + UNDERARM	<i>Jane</i>
4	DATE:		
5	DATE:		
6	DATE:		
7	DATE:		
8	DATE:		
9	DATE:		
10	DATE:		
11	DATE:		

**TOTAL NO: OF SESSIONS:** 3

**TREATMENT START DATE:** 10/3/18

**TREATMENT END DATE:** 5/4/2018

File No#: ١٥٥٥٢٦٦

Date: 10/3/18

Patient Name: Sally اسم المريض: سالى

Date of Birth (الميلاد): 11/11/1977

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): مصرية

Occupation (الوظيفة): مديرة

Marital Status (الاجتماعية): متزوجة

Phone No. (رقم الهاتف): 05666227.74

Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us?

From Friends.

### 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 بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟  نعم  لا

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



REDAD DATA

CAEAIOEBAA83ODQXO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Sally,Samir,Mohamed,,Elgohary	IDN:	784197765943150	Mother Name:	
Name (Ar)	سالي سامير محمد الجوهري	Card Number:	082550297	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	16/03/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	13/03/2019	Date of Birth:	11/01/1977	Sponsor Name:	مصطفى رمضان عبدالرحمن عويين
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	0110860773
Residency Type:	03	Residency Number:	30120153006614	Residency Expiry:	13/03/2019
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

3/10/2018



Circle areas to be treated:

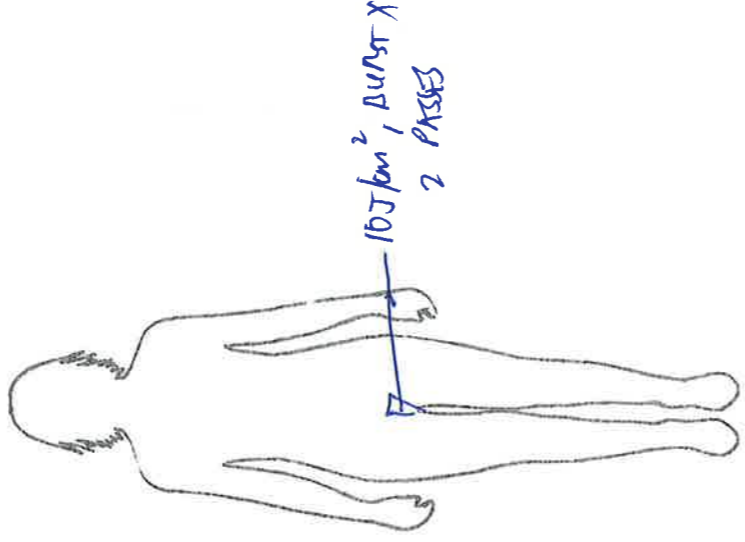
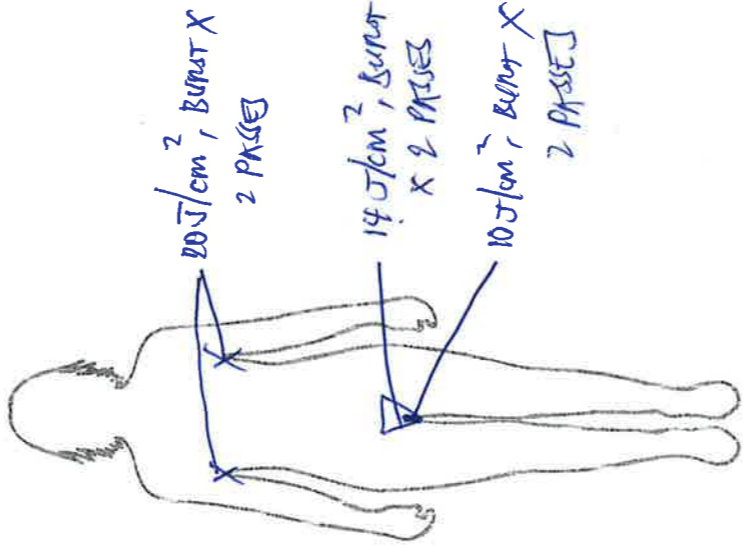
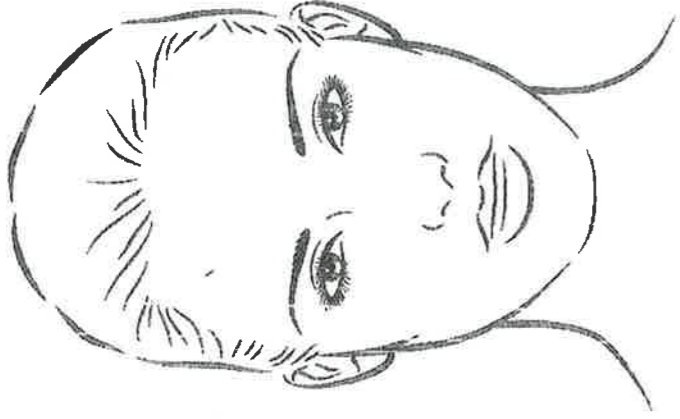
Other

5/5/2018

START TIME: 12:30 PM

END TIME: 12:50 PM

LHR UNDERARM & BIKINI





مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 250.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000707)	Date:31-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000266 - Sally Elgohary - 971566622774		
The sum of Dhs. Two Hundred Fifty Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 250.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 31-05-2018
Being		
Made by Ghada		

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)

[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)