



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000 277

Date: 11/3/2018

اسم المريض

Patient Name: Samira Algadasi

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 31/

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Yemeni

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): 9750752918

Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us? gase

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: CAIXS FBG AND S (MOTSA)

LUNES

Radiography: _____

Examination: _____

Diagnosis: _____

REDAD DATA

cAE\IOEBAA83ODQXO

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	Samia, Ali Mujahed, Al Qadasi	IDN:	784197798181521	Mother Name:	
Name (Ar)	سامية علي مجاهد القاسمي	Card Number:	078904394	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	YEM اليمن	Family ID:	
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	03
Issue Date:	19/06/2016	Date of Birth:	31/07/1977	Sponsor Name:	عبدالله علي زكري
Expiry Date:	12/06/2018	Husband IDN:		Sponsor Number:	0118020945
Marital Status:	02	Residency Number:	20120123115922	Residency Expiry:	12/06/2018
Residency Type:	03	Occupation:	99	Occupation Field:	00
ID Type:	II.				



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 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 أن 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 امثلك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و إن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

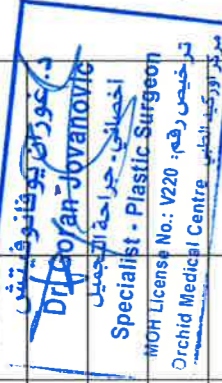

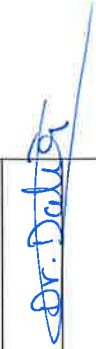
توقيع الطبيب المختص:



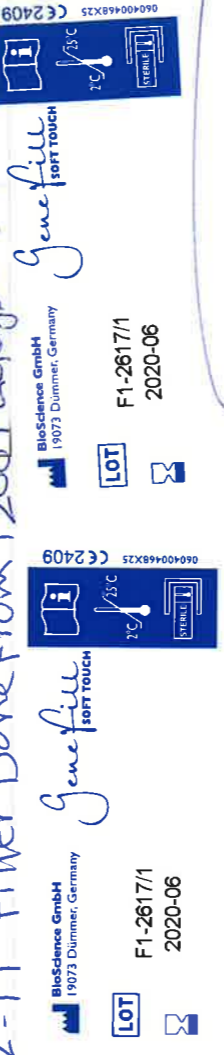


Patient Name:

FILE NO#

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BAANCE	SIGNATURE
11.3.2018	40 units of BOTOX CAVUS FILL, B/BIRUS AND SUNTAN	600		 Dr. Fawzan Jovanovic الطبيب - جراحة التجميل Specialist - Plastic Surgeon MOH License No.: V220 Orchid Medical Centre مركز أوركييد الطبي
28-10-2018	Consultation			
	for Botox + Frenchie + Botox			
	Also for Acne Vulgaris + Dorsy			
				
21/2/2019	Scalling & polishing package			
21/2/19	> PROFACIAL + MAX DONE Changed with Bikini laser Package 1200			
	Remaining Botox or Filler laser face	1200		
	24-2-19 filler Done from 1200 Package 2nd filler			
	Paid 800 For another 1ml Filler			

ASH
1800



BioScience GmbH
 19073 Dummer, Germany
 LOT
 F1-2617/1
 2020-06
 CE 2409
 060400468X25

[Handwritten signature]



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002714)

Date:21-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000277 - Samia, Al Qadasi - 971507529918

The sum of Dhs. One Thousand Two Hundred Sixty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,260.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 21-02-2019

Being PACKAGE 1200 INCLUDE BIKINI LASER +SCALING POLISHING +FACE LASER +FILLER OR BOTOX

Made by Rana

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002752)

Date:24-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000277 - Samia, Al Qadasi - 971507529918

The sum of Dhs. Eight Hundred Forty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 840.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-02-2019

Being FILLER 1 ML

Made by Rana

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