

File No#: 1000301 Date: 17/3/2018  
اسم المريض: \_\_\_\_\_  
Patient Name: Dalal Ali  
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 21/12/1981 Gender (الجنس): M / F  
Nationality (الجنسية): Egypti Occupation (الوظيفة): \_\_\_\_\_  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married Phone No. (رقم الهاتف): 9715017764  
E. MAIL: d.ahmamaali@hotmail.com 0501776011

How Did You Know About Us?  
Media

### 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 , عديدة الاسمرار  
3 - قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار  
4- نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار  
5- بشرة داكنة السمرة

2- هل ظهرت لديك علامات ندوب أو جدرة؟ نعم لا

3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلاّ البسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟ لا نعم

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

5- هل استخدمت عقار " ريتين اي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكويزون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟ لا نعم

أقر أن أي صور قد يتم التقاطها للعلاج ستبقى مجهولة الهوية و قد يتم استخدامها للأغراض العلمية والإعلامية.

أقر انه قد أتيت لي الفرصة للاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت وفهمت محتوى هذا الإقرار. وأني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حالة عدم بلوغي السن القانوني قبل إجراء العلاج.

التاريخ: 17.3.2018.

الاسم: دلال علي يوسف.

توقيع المريض: دلال

توقيع ولي أمر المريض (من هم دون السن القانوني):

بشهادة:

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO\*

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	Dalal, Ali, Yousif, Alhammadi	IDN:	784198196920692	Mother Name:	
Name (Ar)	دلال, علي يوسف, الحمادي	Card Number:	084495122	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	101047524
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	22/07/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	22/07/2022	Date of Birth:	21/12/1981	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	99	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

3/17/2018


**ORCHID MEDICAL CENTER**

**SPECIAL PACKAGE TREATMENT FOLLOW UP FORM**

PATIENT NAME: DATAI ALI

FILE #: 1000301  
 FILE DATE: 17/3/2018

NAME OF PACKAGE: LHR FULL BODY X 6 SESSIONS

NO: SESSION	DATE	TREATMENT NAME	SIGNATURE OF DOCTOR/TECHNICIAN
1	DATE: <u>17/3/2018</u>	<u>LHR FULL BODY</u>	
2	DATE:		
3	DATE:		
4	DATE:		
5	DATE:		
6	DATE:		
7	DATE:		
8	DATE:		
9	DATE:		
10	DATE:		
11	DATE:		

TOTAL NO: OF SESSIONS: 6

TREATMENT START DATE: 17/3/2018

TREATMENT END DATE:

Patient Name:

FILE NO#

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
17/3/18	LHR FULL BODY 16 J/cm <sup>2</sup> , BURST X 2 PASSES PKG for 6 sessions	4,800	0	
28/4/18	PATIENT CALLED TO INFORM US THAT SHE IS PREGNANT & WOULD LIKE TO KEEP HER PACKAGE UNTIL SHE WILL GIVE BIRTH			
02/02/19	LHR Full body (VIKINI) 16 - 22 J/cm <sup>2</sup> SHORT, BURST.			<i>Neer</i>
23/03/19	LHR Full body (VIKINI) 16-18 J/cm <sup>2</sup> , SHORT, BURST			<i>Neer</i>
04/05/19	LHR FULL BODY (VIKINI) 20-22 J/cm <sup>2</sup> - 4th Session done			<i>Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa</i> Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الطبيب جلدية Dermatology specialist MOH License No.: 4826 مركز أوركيد الطبي Orchid Medical Centre
15/6/2019	Plan: FRF Pack			
15/06/19	LHR FULL BODY VIKINI			<i>Neer</i>
20/07/19	LHR Full body (VIKINI)			<i>Neer</i>
04/10/19	LHR Full body (VIKINI)			<i>Neer</i>

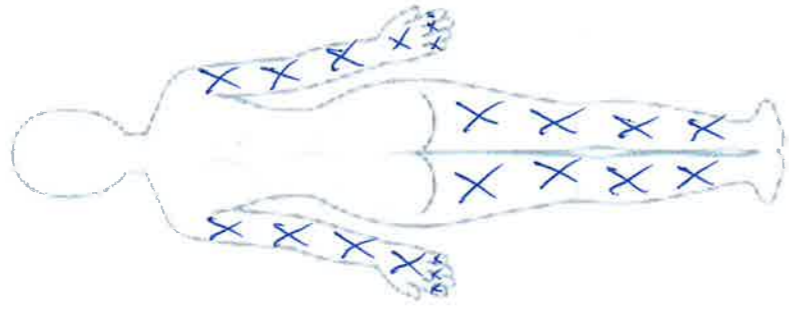
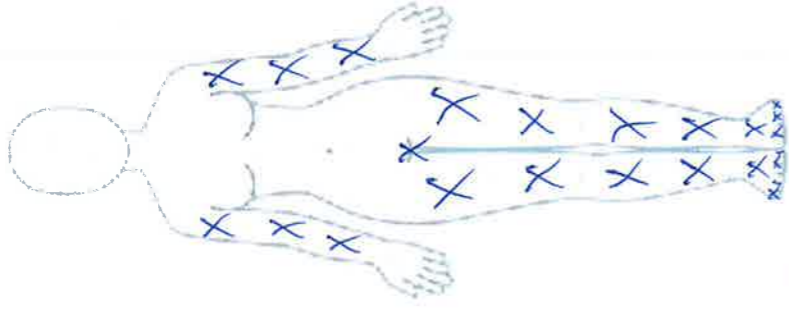
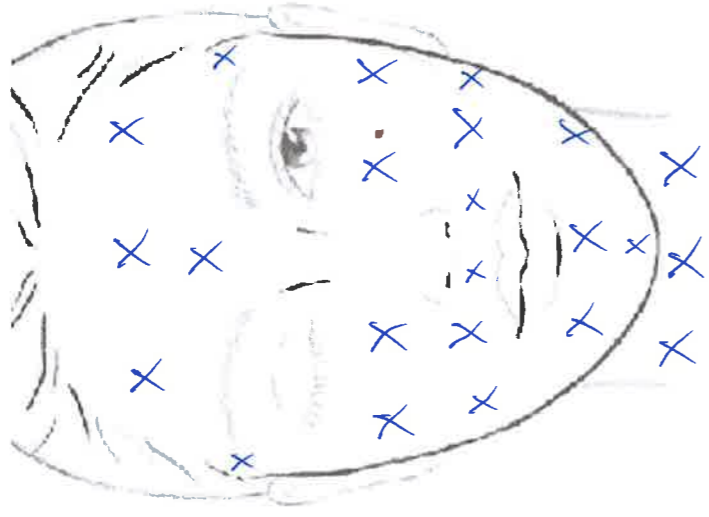
Patient's Name: Dalal AL. تاسم المريض

File Number: 02/02/19. رقم الملف

Pain Relief given? Yes / No ✓ تخفيف الألم

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No



Treatment Date	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
02/02/19.	03/03/19.	04/05/19.	15/06/19.	30/07/19.	14/10/19.	
Full Body	Full Body	Same	Same	Same	Same	Same
Coarse, dark	Coarse, dark	Coarse, dark	Coarse, dark	Coarse, dark	Coarse, dark	Coarse, dark
DPT, FDP	DPT, FDP	DPT, FDP	DPT, FDP	DPT, FDP	DPT, FDP	DPT, FDP
16, 24 J/cm <sup>2</sup>	16-18 J/cm <sup>2</sup>	16-18 J/cm <sup>2</sup>	16-18 J/cm <sup>2</sup>	16-18 J/cm <sup>2</sup>	16-18 J/cm <sup>2</sup>	16-18 J/cm <sup>2</sup>
SHORT, BURST	SHORT, BURST	SHORT, BURST	SHORT, BURST	SHORT, BURST	SHORT, BURST	SHORT, BURST
2.	2.	2.	2.	2.	2.	2.
1:45 pm	1:15 pm	5:00 pm	6:35 pm	7 pm	6:10 pm	6:10 pm
3:45 pm	2 pm	6:55 pm	8 pm	8:30 pm	7:35 pm	7:35 pm
Post Treatment	FUCICORT	Beans				Bikini Not done

Therapist Name and Signature [Signature]





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,800.00 No: REC-000308  
RECEIPT VOUCHER Date: 17-03-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000301 - DALAL Ali - 971501776611**

The sum of Dhs. **Four Thousand Eight Hundred Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **4,800.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

ing

Made by **jumana**

- 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](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**