

File No#: 1000328 Date: 21/03/18  
اسم المريض: \_\_\_\_\_  
Patient Name: AMNA ALNAQBI  
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 15/06/1945 Gender (الجنس): M / F  
Nationality (الجنسية): UAE Occupation (الوظيفة): \_\_\_\_\_  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): M Phone No. (رقم الهاتف): 0521115544  
E. MAIL: \_\_\_\_\_

How Did You Know About Us?

FRIEND

### 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 ظهوره لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ لا نعم \_\_\_\_\_
- 3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحاد البسيط (الهرس) 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 الهيدروكورتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟ لا نعم \_\_\_\_\_

6- هل قمت بتنف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال الست أسابيع الماضية؟  نعم  لا.

7- متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس المباشرة لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟

لحم طرد

8- هل استخدم / مین اي مستحضرات تسمير البشرة؟  نعم  لا، ومتى كان آخر استخدام لها؟ \_\_\_\_\_

9- هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟  نعم  لا.

10- هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟  نعم  لا.

11- ماهي المنتجات التي تستخدمينها / تستخدمها لبشرتك حاليا؟

طاب

12- هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟  نعم  لا.

للنساء:

13- هل انت حامل؟  نعم  لا.

14- هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟  نعم  لا.

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO\*

Public Data Readed Suc

SHOW READED DATA

Confirm 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 Amna, Mohamed, Abdalla, Maklof, Alnaqbi  
 Name (Ar) أمينة محمد عبد الله مخلوف النقيبى  
 Title:  
 Title(Ar):  
 Issue Date: 30/06/2013  
 Expiry Date: 30/06/2018  
 Marital Status: 02  
 Residency Type:  
 ID Type: ID



Photo

IDN: 784197584937961 Mother Name: Rawiah Ali  
 Card Number: 064167744 Mother Name (Ar): روية علي  
 Family ID: 304002943  
 Nationality: ARE الإمارات العربية المتحدة  
 (Ar):  
 Sex: F Sponsor Type:  
 Date of Birth: 15/06/1975 Sponsor Name:  
 Husband IDN: Sponsor Number:  
 Residency Number: Residency Expiry:  
 Occupation: 10 Occupation Field: 99

Signature Image

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

3/21/2018





مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001049)

Date:14-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000328 - Amna Alnaqbi - 971551115554

The sum of Dhs. One Thousand Fifty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 1,050.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 14-08-2018

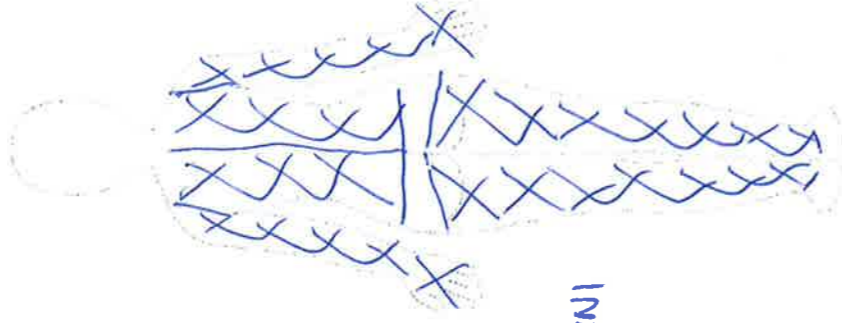
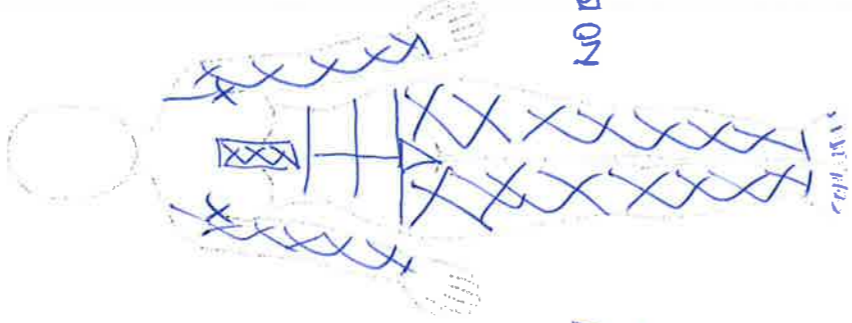
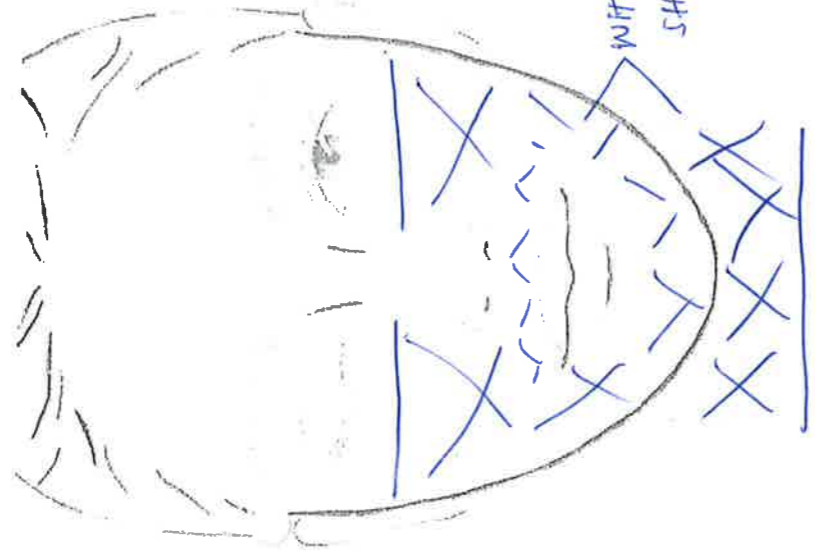
Being

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)**

Patient's Name: .....  
 File Number: .....  
 Pain Relief given? Yes / No .....  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No .....  
 Pretreatment photography taken? Yes / No .....

رقم الملف: .....  
 اسم المريض: .....



Session 1  
 Treatment Date 14/8/18  
 Treatment Area FULL BODY  
 Hair Type DARK, COARSE  
 Mode DP 1  
 Fluence 16 J/cm<sup>2</sup>  
 Pulse Type BURST  
 CNT Pulse  
 Passes 2  
 Starting Time 10:30 AM  
 Finish Time 12:40 PM  
 Post Treatment

Session 2  
 Session 3  
 Session 4  
 Session 5  
 Session 6

Therapist Name and Signature .....  
 Bessie Price