

File No#: 1000350

Date: 16/4/2018

Patient Name: ZAIN ELAYAN

اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 05/10/1994

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): JORDANIAN

Occupation (الوظيفة): Social Media Specialist

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Engaged

Phone No. (رقم الهاتف): 0529322879

E. MAIL: zain.elayan@gmail.com

How Did You Know About Us? Social 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 , 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 ؟ 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 / الايسوترتينوين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم  لا

5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهاليدروكوبون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟

نعم



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

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

التاريخ: 16/4/2018 .

الاسم: زين مهز علاوان

توقيع المريض: 

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

بشهادة:



Circle areas to be treated:

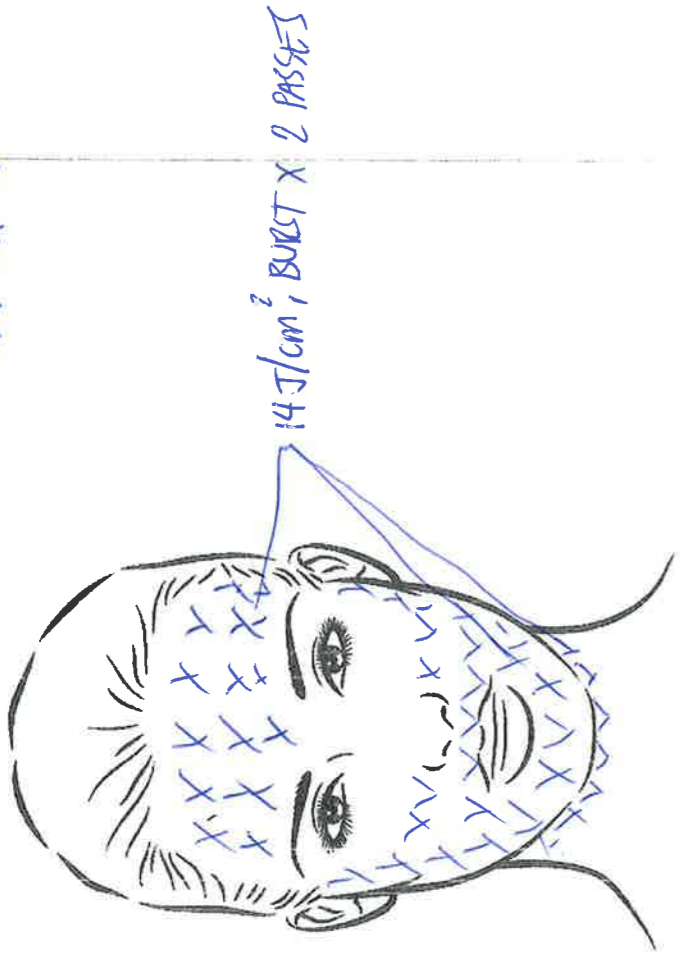
Other \_\_\_\_\_

1HR FULL BODY  
2nd SESSION

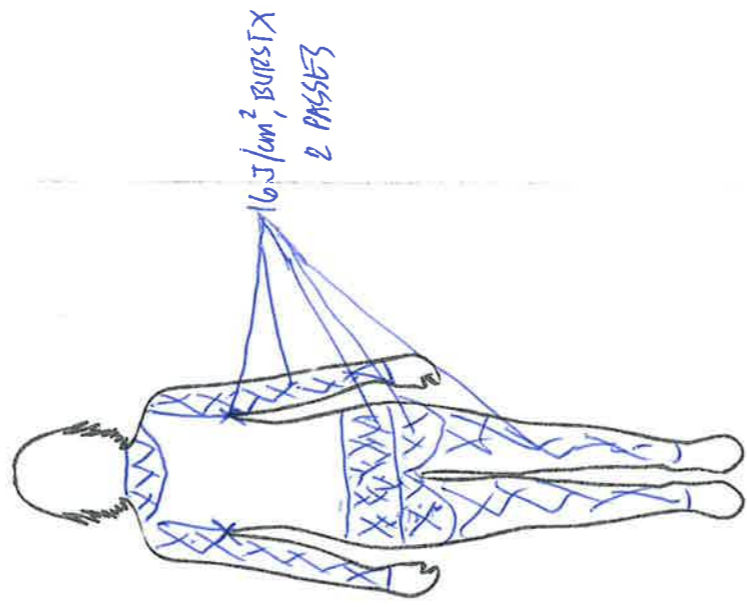
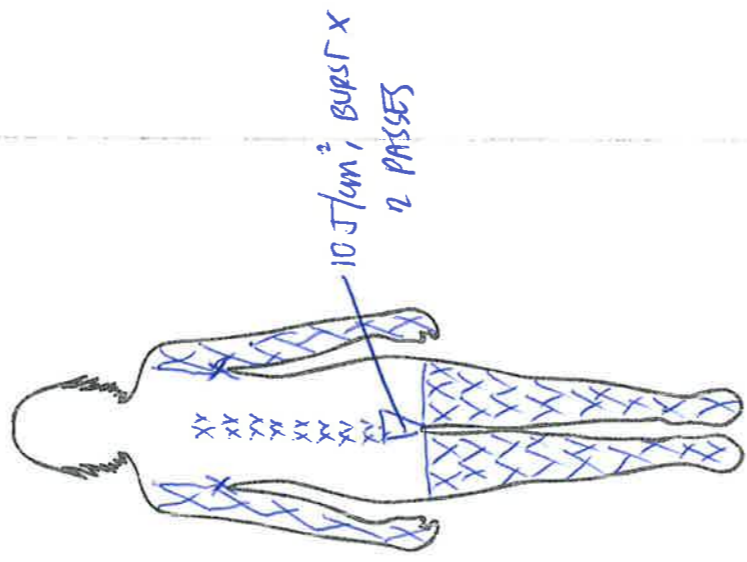
START TIME: 5 PM

END TIME: 7:20 AM

MAY 16, 2018



Front Back



Circle areas to be treated:

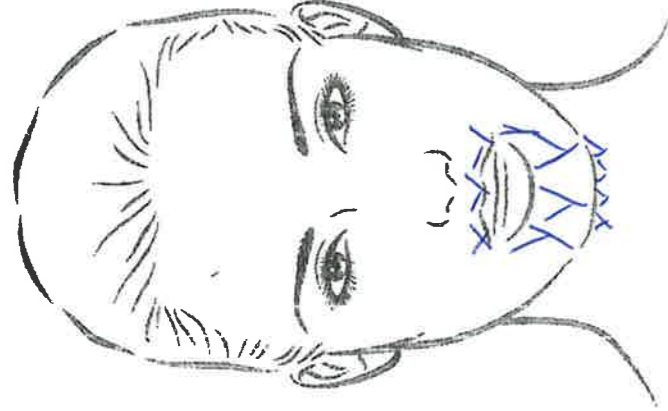
Other

LHR FULL BODY  
3RD SESSION

START: 11:30 AM

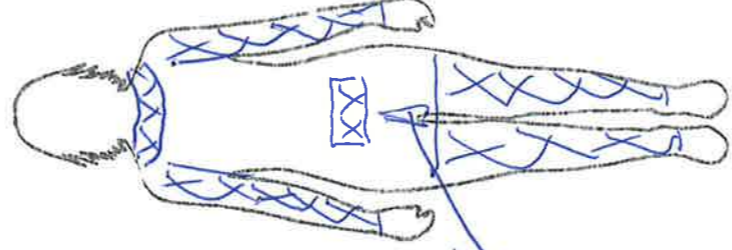
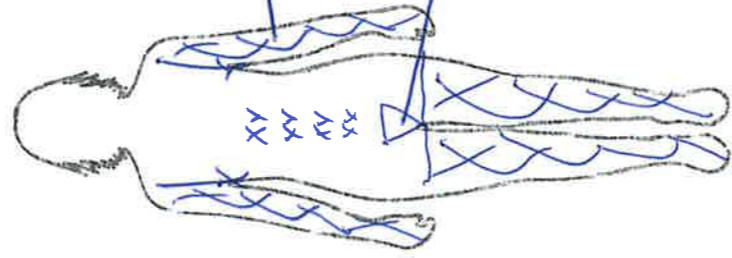
END: 1:50 PM

13 JUNE 2018



Front

Back





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,995.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000765)

Date:13-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000350 - Zain Elayan - 971529322879

The sum of Dhs. One Thousand Nine Hundred Ninety-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 1,995.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 13-06-2018

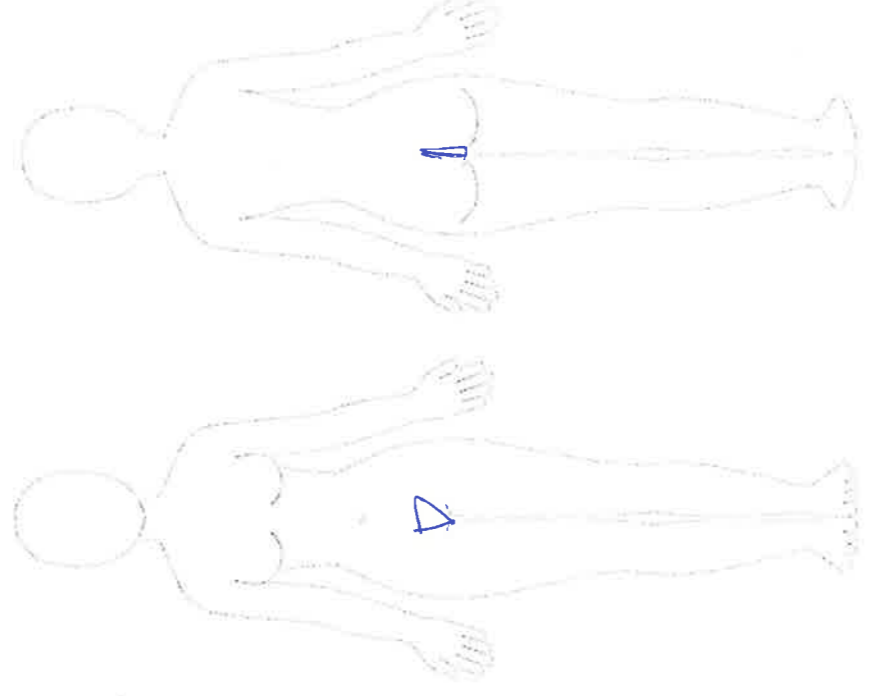
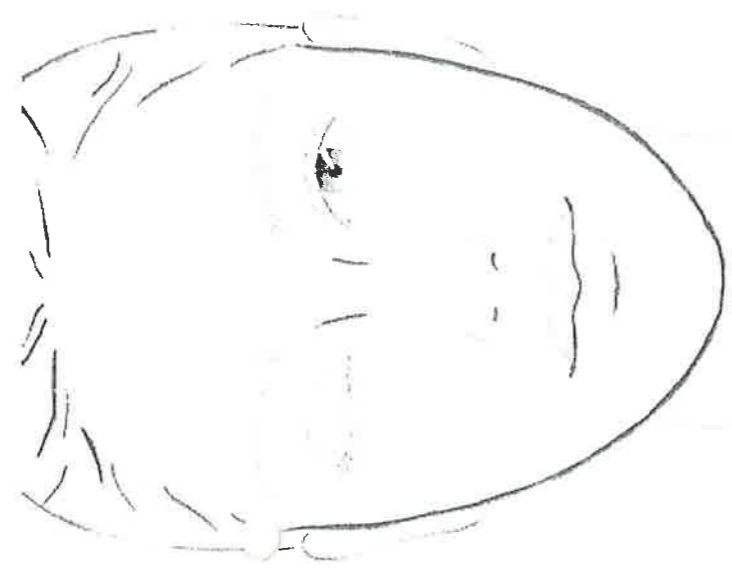
Being

Made by Ghada

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

  
www.omc1.ae

Patient's Name: ZAIN ..... إسم المريض .....  
 File Number: 1000370 ..... رقم الملف .....  
 Pain Relief given? Yes / No .....  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No .....  
 Pretreatment photography taken? Yes / No .....



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	26/7/18					
Treatment Area	BIKINI (Full)					
Hair Type	DARK, COARSE					
Mode	FDP					
Fluence	6 J/cm <sup>2</sup> , 64%					
Pulse Type	SHORT					
CNT Pulse	1					
Passes						
Starting Time	11:50 AM					
Finish Time	11:55 AM					
Post Treatment						

Therapist Name and Signature ..... Zain .....





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 10003215 35

Date: 25/3/2018

اسم المريض

Patient Name: ZAIN MOHAMAD BAYAN

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 05/06/1994

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): JORDAN

Occupation (الوظيفة): Social Media Specialist

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Engaged

Phone No. (رقم الهاتف): 0529322879

E.MAIL: zain.elayan@gmail.com

How Did You Know About Us? Social Media

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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Radiography: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Examination : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnosis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**DOCTOR NOTE**



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO'

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**

<b>Name</b>	Zain Mohanad,Khalil,,Elayan	<b>IDN:</b>	784199426261592	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	زين مهدي خليل,علايان	<b>Card Number:</b>	076213803	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	JOR	<b>Family ID:</b>	
<b>Title(Ar):</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	الأردن		
<b>Issue Date:</b>	20/12/2015	<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	03
<b>Expiry Date:</b>	28/11/2018	<b>Date of Birth:</b>	05/06/1994	<b>Sponsor Name:</b>	اروي مصطفى خليل صيام
<b>Marital Status:</b>	01	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	29112090
<b>Residency Type:</b>	03	<b>Residency Number:</b>	40120133011510	<b>Residency Expiry:</b>	28/11/2018
<b>ID Type:</b>	IL	<b>Occupation:</b>	11	<b>Occupation Field:</b>	00

Photo



Signature Image

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

3/25/2018

### 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 أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المعوّل.

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 ان يكشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر في الفحص الاولي، 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 ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماماً 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 ان 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 أقمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امتلك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي : زين عماران

التاريخ: 25/3/2018

توقيع الطبيب المختص: حطيط

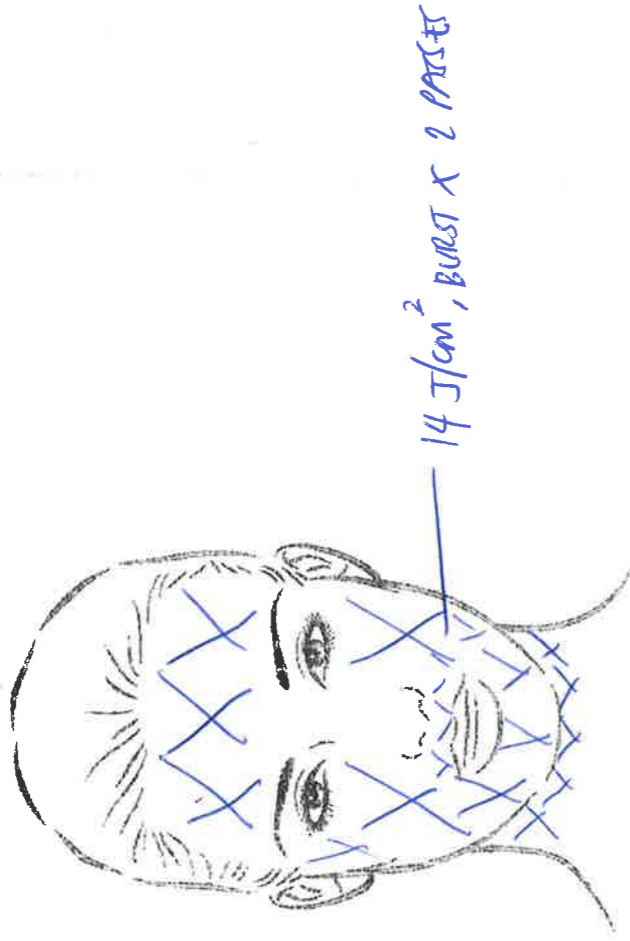


Circle areas to be treated:

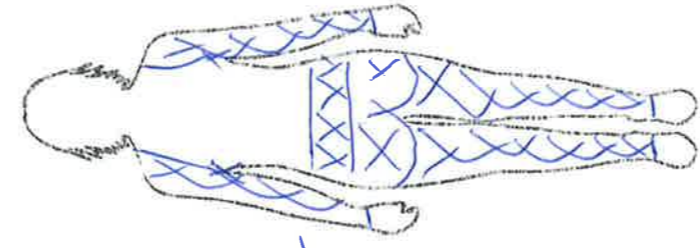
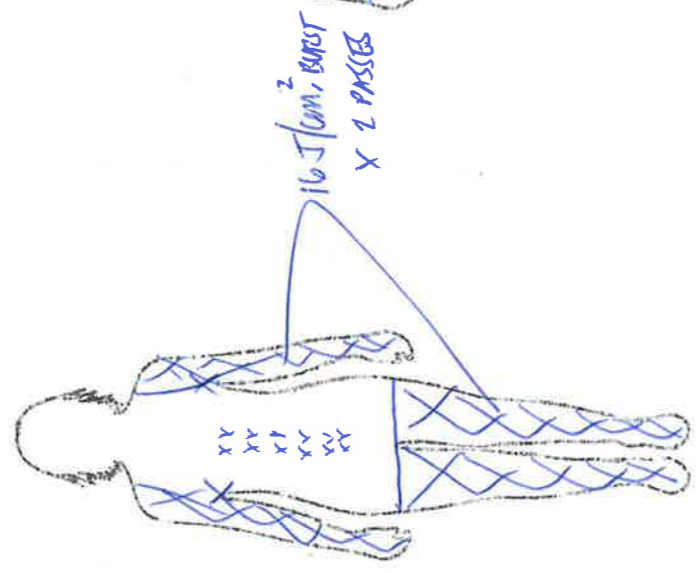
Other

16 JULY 2018

LHR Full BODY



Front Back





مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000954)

Date:26-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000350 - Zain Elayan - 971529322879

The sum of Dhs. **Two Hundred Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **200.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:                      Cheque No.

Date: **26-07-2018**Being **AGAINST INVOICE NO : 1996**

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)**



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

168.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000956)

Date:26-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000350 - Zain Elayan - 971529322879

The sum of Dhs. One Hundred Sixty-Eight Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 168.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 26-07-2018

Being

Made by Ghada

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





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 332.00

No: REC-000957

RECEIPT VOUCHER

Date: 26-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000350 - Zain Elayan - 971529322879

The sum of Dhs. Three Hundred Thirty Two Only

By Cash 332.00 / By Credit Card 0.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Being UNDER PACKAGE BALANCE

Made by Ghada

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







مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,600.00

No: REC-000405

**RECEIPT VOUCHER**

Date: 31-03-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000350 - Zain Elayan - 971529322879**

The sum of Dhs. **One Thousand Six Hundred Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,600.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Being

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)**