



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000357

Date: 26/3/2018

اسم المريض: _____

Patient Name: Anees Bader

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 18/09/1978

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Kuwaiti

Occupation (الوظيفة): _____

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): 971557688762

E.MAIL : _____

How Did You Know About Us? Dr. EHAM

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

Dr. GORAN JOVANOVIC



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 المؤهل.

أتفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الإجراءات الطبية الاضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما نكر 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 الطبية.

أتفهم انه ليس هنالك 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 هنالك 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 املاك 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 :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

Patient Name:

FILE NO#

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
26/3/2018	Paid advance for Botox, and Book appointment on 28th April 2018	680	0	Jumana
11.04.2018	NO UNITS OF BOTOX - FOREHEAD - CROSS FEET, GABELA			
02.05.2018	20 UNITS OF BOTOX GLABRUM AND FOREBRUM REGION	Pre paid.		
27/8/18	WAL BEING LINE + NECK PHOTOREE (996) 6 SESSIONS FIRST SESSION DONE WITH ORION MAPPING	500	496	

Dr. Goran V. Petrovic
 Specialist - Plastic Surgeon
 MOH License No.: V220
 Orchid Medical Centre



United Arab Emirates

Resident Identity Card



دولة الإمارات العربية المتحدة

بطاقة هوية مقيم



رقم الهوية / ID Number

784-1978-8160902-4



الإسم: انيس فايق بجاي البدي

Name: Anees Fayeq Bachay Al Badre



الجنسية: العراق

Nationality: Iraq



precisely Kindly Answer the following questions

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف المناسب لنوع بشرتك ؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input checked="" type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes/ No	هل ظهرت لديك سابقا علامات نوب أو جدرة ؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotretinone in the last 6 months? Yes/ No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بنور أو تقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydecoquenon on Site? Yes/ No	هل تناولت عقار الاكيتان/اليسوتريتينون خلال الست اشهر الماضية؟ نعم/لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes/ No	هل قمت بنشف او كوي او ازالة الشعر بالشمع في منطة العلاج خلال ال 6 اسابيع الماضية؟ نعم/لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately?	هل كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير...؟
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة ؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك اي وشم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية ؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?.....	ماهي المنتجات التي تستخدمها / مستخدمها بشرتك حاليا؟ <i>محافظة... و... في... محسن</i>
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل اجريت اي عملية ازالة شعر سابقا؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

I hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Sharjah to remove unwanted hair by laser. I understand that laser produces a beam of light that generates an energy of a certain wavelength which is absorbed in the pigments of hair follicles to impair its' ability to grow hair. I understand that the results of the treatment varies from one person to another by the variation of medical history and the skin type, hair type , patients commitment to precautions before and after sessions and the variation of individual responses to treatment. and I consent that I know all the alternative hair removal methods and I choose removing my unwanted hair by laser. I consent that I got the following precautions: -It's not allowed to get tanned or use tanning solutions for 4-6 weeks before and after treatment. - Waxing and Plucking must be avoided at least 6 weeks prior to sessions. - Tattoos and permanent make up on treatment site will be affected by laser. - Full Medical History must be given including previous treatments, allergies and skin type. - people who took akutan during the last 6 months or any drugs that inhibits patients from sun exposure can not remove their hair by laser. I understand that i might see some change from first session, nevertheless the treatment will take many sessions to get the result. Side Effect side effects may include burning like redness, and it's possible to see some swelling or cracks, these side effects will fade away few hours to few days after treatment. hypo/hyperpigmentation is not common and it rarely last, it's advisable to avoid sun exposure. and to use sun protections. I consent that I had the chance to enquire and ask any questions I have to the therapist and I have read and understood the content of this form (or it was read to me) and I am more than 18 years old or I have the approval of my sponsor.

Name and Signature

Date
... / ... /

أقر أنا بالتصريح بالموافقة على ازالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز مركز اوركيد الطبي/ الشارقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر. أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في صبغات الشعر تمطرها قريبا على انهاء الشعر. وأتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الطسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك والتفك والكريمات و ازالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت ازالة الشعر بالليزر. أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية: - لا يسمح بالتسمير او استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 اسابيع قبل وبعد العلاج. - يجب تقادي ازالة الشعر بالشمع او التفك قبل العلاج ب 6 اسابيع على الأقل. - الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر. - يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة - الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكيتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر. أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة. الأعراض الجانبية

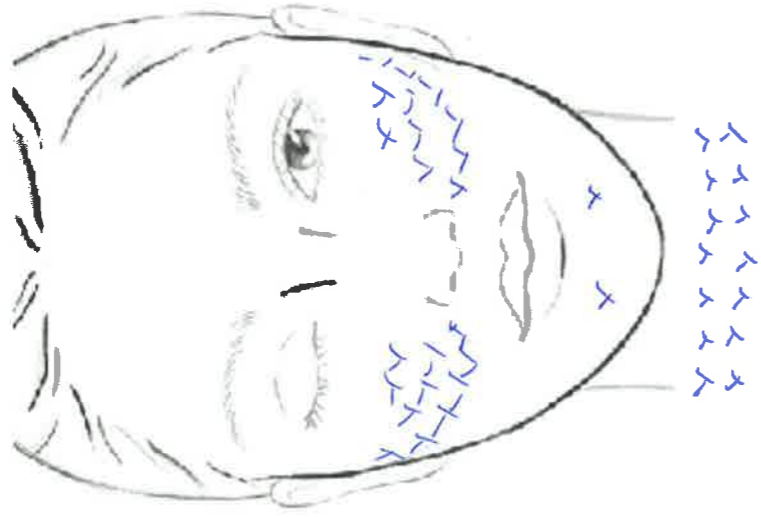
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشى خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس. و زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس. أقر أنه قد أتيت لي الفرصة للتسمير و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الإسم و التوقيع

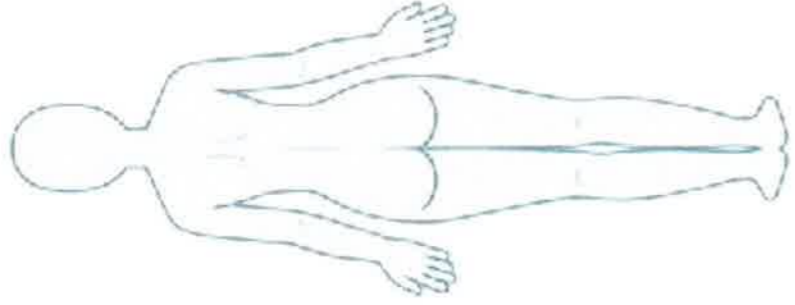
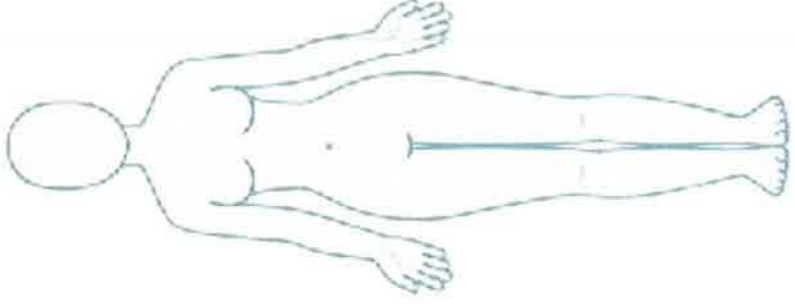
التاريخ

27/8/2022

اسم المريض:
 Patient's Name:
 رقم الملف:
 File Number:
 تقييم الصلابة:
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 مسجل الصلابة:
 Pretreatment photography taken? Yes / No



ORION MACHINE



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	27/8/18					
Treatment Area	BEARDLINE TWEEL					
Hair Type	COURSE, DARK					
Mode	MD-AG					
Fluence	30J/cm ²					
Pulse Type	WIFI					
CNT Pulse	40 ms					
Passes	1					
Starting Time	3 PM					
Finish Time	3:15 PM					
Post Treatment	FUCIDIN					
	STOP GBE 15					

Therapist Name and Signature ... *S. S. S. S. S.*



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

545.80

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001128)

Date:27-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000357 - Anees Badre - 971557688762

The sum of Dhs. Five Hundred Forty-Five Dirhams and Eighty Fils Only

By Cash **545.80** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 27-08-2018

Being

Made by Ghada

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