

File No#: 1000423 Date: 12/04/2018
Patient Name: AZIZAH FERADI
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 82-12-27
Nationality (الجنسية): سورية
Marital Status (الحالة الاجتماعية): متزوج
E-MAIL: AZIZAH.FERADI@orbit.com

اسم المريض

Gender (الجنس): M / F

Occupation (الوظيفة):

Phone No. (رقم الهاتف): 0564744040

How Did You Know About Us?

Facebook

Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: wrinkles on forehead + around eyes

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____
Allergies: _____ Pregnancy: _____
Hospitalization: _____ Family History: _____

Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N

Remarks: _____

Clinical Findings: A-11

Radiography: _____

Examination: Aging wrinkles → for Best

Diagnosis: false wrinkles → Dr. Gowan

د. إيمان محسن علي
Dr. Iman Mohsin Ali
ممارس عام - ممارس عام
General Practitioner
MOH License No.: DZ1329
مركز أوركيد الطبي
Orchid Medical Centre
12/4/2018



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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، وسمح 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 التخصصات و الإجراءات الطبية الاضافية 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 أفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أفهم تماماً كافة الاخطار الناتجة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أفهم 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 أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني 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:

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

Name	Aziza,Zerradi	IDN:	784198232692875	Mother Name:	
Name (Ar)	عزيزة زيرادي	Card Number:	079357829	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	MAR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المغرب		
Issue Date:	26/07/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	24/07/2018	Date of Birth:	27/12/1982	Sponsor Name:	المزورن لطلب الايدي العامة
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	10120162157198	Residency Expiry:	24/07/2018
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

4/12/2018

DOCTOR NOTE

12-04-2018 - CONSULTATION (For Botox)

15-04-2018. Botax INJECTIONS

د. غوران يوفانوفيتش
Dr. Goran Jovanovic
تخصص: جراحة التجميل
Specialist - Plastic Surgeon
MOH License No. YZ0
Orchid Medical Center
تاريخ إصدار رخصة: 15/04/2018

02.05.2018 TOUCH-UP
OF Botax

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PRICE	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
12-4-18	CONSULTATION (for Botox)	Price	0	0	
	she will come on 15/4/2018 for Botox (Dr. Goufan)				
15-04-2018	40 UNITS OF BOTOX (FOR FOREHEAD, CROWS FEET, EYEBROWS, GLABELLA) ASHED 950 (cash)				
02.05.2018	10 UNITS TOUCH UP				
29/2/2020	dysport (0.5) next app. 11/3				
11/3/2020	retouch dysport (0.3)				

د. وسام مروان التابعا
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 اختصاصي
 Dermatologist, specialist
 Medical License No.: 1826
 Orchid Medical Center

د. وسام مروان التابعا
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 اختصاصي
 Dermatologist, specialist
 Medical License No.: 1826
 Orchid Medical Center



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 787.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-007918)

Date: 29-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000423 - AZIZA ZERRADI - 971564724040

The sum of Dhs. Seven Hundred Eighty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 787.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 29-02-2020

Being 1 INJECTION BOTOX + VAT

Made by Reem

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

Confirmed by : 1000423 - AZIZA ZERRADI - 971564724040

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

ورقة الموافقة على البوتكس

التاريخ: 29/2/2020

أنا السيد/السيدة _____ أؤكد بأنه تم شرح لنا كيفية العلاج باستخدام البوتكس وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه كحال جميع الادوية البوتكس قد يحتوي على آثار جانبية. هذه الردود العكسية قد تكون متعلقة بالعلاج، إما بسبب المنتج أو الفرد، لكن بشكل عام هذه المضاعفات قد تحدث في الأيام الأولى التي تتبع يوم الحقن وتكون بشكل مؤقت. معظم الحالات التي تم تسجيلها تكون بدرجة معتدلة إلى خفيفة. كما هو متوقعة بعد الحقن سوف يكون هناك شعور بالألم وحرق وتيبس وتورم وزرراق.

من الآثار الجانبية الشائعة التي من الممكن حدوثها: صداع، زرغلة، احمرار، تراخي بعضلات الوجه وألم في الوجه.

من الآثار الجانبية الغير شائعة: التهاب، غثيان، تمييل، التهاب في الجفن، ألم في العين، عدم رؤية واضحة، جفاف في الفم، تيبس الشفاء، تورم في الوجه وحول العين، حساسية ضد الضوء، تشنج بالعضلات، أعراض الانفلونزا، ضعف وحرارة.

الآثار الجانبية التالية قد تكون نادرة: حكة، طفح جلدي، قشعريرة، أنواع مختلفة من الطفح الجلدي الأحمر، حساسية قوية (تورم وتحديدا في الوجه والمجرى الهوائي مما يسبب صعوبة بالتنفس)، هبوط الحاجب أو الجفن، سماع طنين بالأذن وقلة السمع، حساسية في صعوبة البلع والتنفس والكلام.

لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 4 إلى 6 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح. إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا أتفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور أو الوصف المرفق

نعم

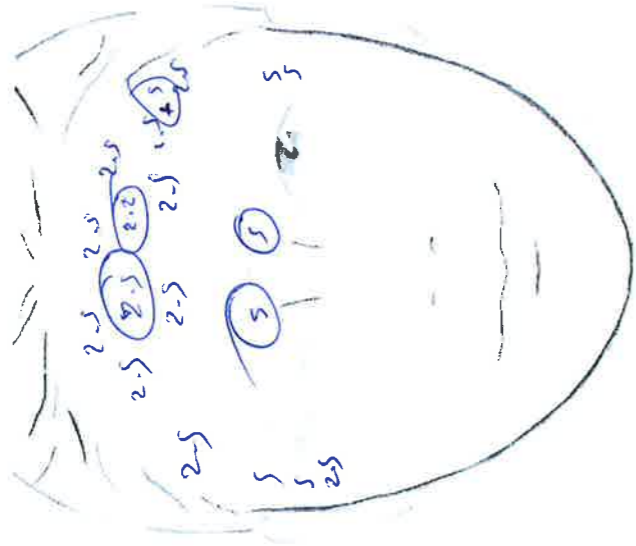
لا

التوقيع:

اسم المريض: A22A

التوقيع:

اسم المعالج: _____



Filler Injection Log

Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

Botox Injection Log

Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1			
Session 2			
Session 3			
Session 4			
Session 5			

Doctor's Name and Signature

.....