

File No#: 1600451

Date: 22-5-2018

Patient Name: Maha Mazin

اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 30-4-1982

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Jordan

Occupation (الوظيفة): _____

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): 0554046687

MAIL: _____

How Did You Know About Us? Live Nearby

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 ظهرك لديك سابقاً علامات ندوب أو جدر؟ لا نعم لا

3- هل لديك أي تاريخ مرضي من الحلا بسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج؟ لا نعم لا

4- هل تناولت عقار "الأكيوتان" / الإيسوترتينوين " خلال الست أشهر الماضية؟ لا نعم لا

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

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 اسمح 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 الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفرض 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 تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم احتمالية حدوث عوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم ان هناك رسوم الابدئي يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

إن أي معلومات أقدّمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني امالك 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:


22/10/2018

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	Maha,Mazin,Mahd.,Mohammad	IDN:	784198254910387	Mother Name:	
Name (Ar)	مها مازن محمود محمد	Card Number:	086275215	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	13/11/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	11/11/2020	Date of Birth:	30/04/1982	Sponsor Name:	بنبيه ندى
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120087283607	Residency Expiry:	11/11/2020
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 350.00	RECEIPT VOUCHER (No. REC-000676)	Date: 22-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000451 - MAHA MAZIN - 971554040687		
The sum of Dhs. Three Hundred Fifty Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 350.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 22-05-2018
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 300.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000708)	Date:31-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000451 - MAHA MAZIN - 971554040687		
The sum of Dhs. Three Hundred Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 300.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 31-05-2018
Being		
,Made by Ghada		

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

www.omc1.ae

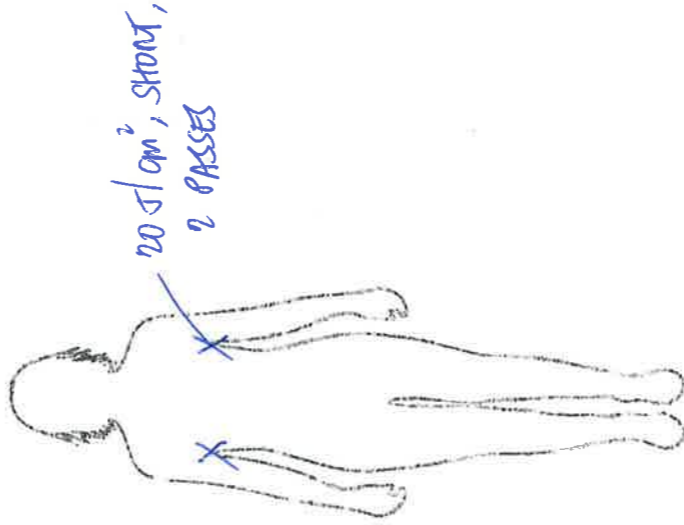
Circle areas to be treated:

Other

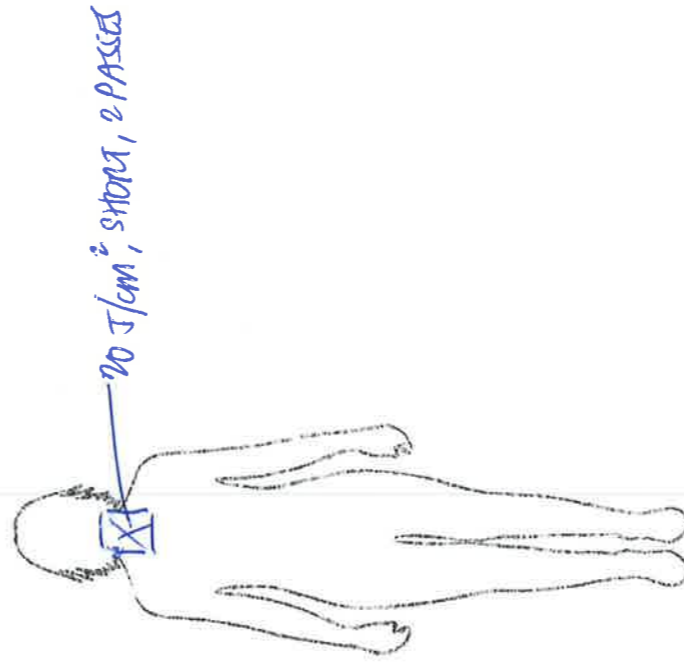
14/7/2018



Front



Back





مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000903)

Date:14-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000451 - MAHA MAZIN - 971554040687

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 210.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 14-07-2018

Being

Made by Ghada

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

File No#: 1000451 Date: 19/04/2018 اسم المريض:
 Patient Name: Maha Mazin Gender (الجنس): M / F
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 30/4/1982 Occupation (الوظيفة):
 Nationality (الجنسية): Jordan Phone No. (رقم الهاتف): 0554040687
 Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married
 E.MAIL: _____
 How Did You Know About Us? _____

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If "YES" give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	Yes/No نعم / لا	لا
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No نعم / لا	لا
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم / لا	لا
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟	Yes/No نعم / لا	لا
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No نعم / لا	لا
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميونات الدم؟	Yes/No نعم / لا	لا
	Anemia, Leukemia(لمرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Yes/No نعم / لا	لا
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبتين، السل، أمراض أخرى	Yes/No نعم / لا	لا
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا	لا
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للنساء: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ممانع للحمل؟ هل تعطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No نعم / لا	لا
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No نعم / لا	لا
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No نعم / لا	لا
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	لا
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا	لا
Other	Other conditions? أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc	Yes/No نعم / لا	لا

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 اسمح 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 الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر 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 العلمية.

أتفهم انه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لتنتج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم 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 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:

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: Hot Pus and Pain

Medical History السجل الطبي

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

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

Remarks: _____

Clinical Findings: Nothing Abnormal


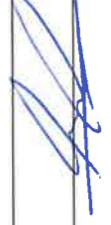
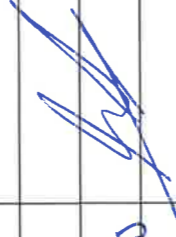
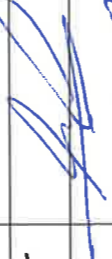
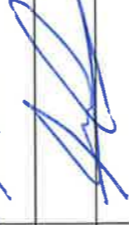
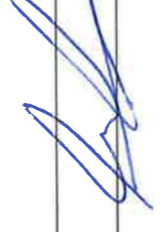
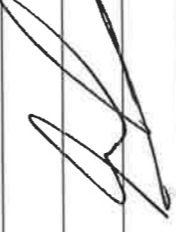
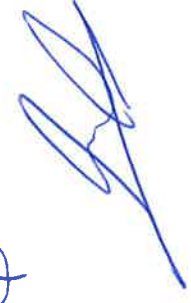
Radiography: _____

Examination: 1) Fistula with

Diagnosis: Acute Periapical Abscess

PATIENT NAME: MAHA MAJIN

FILE NO#: 1000451

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
19/4/2018	Consultation Antibiotics prescribed Flagyl + Clulferentine	Ø		
26/4/2018	- Open access for RCT - Mechanical Preparation Mesial Canal 17 (35) DB/DL 18 (30) - Medication :- Iedermix - Appointment after 10 Days	900 Paid 300	600	
8/5/2019	Irrigation	500	100	
13/5/2019	Final Composite Filling	100	Ø	
20/5/2018	Composite Filling 2 Surfaces	250-Ø	Ø	
22/4/2018	Crown preparation for Zircon	2000 1000	1000	
27/5/2018	Cementation of $\frac{6}{4}$ Ask for repeat for $\frac{6}{4}$			
31/5/2018	Cementation of $\frac{4}{4}$		1000 Ø	
4/7/2018	Correction $\frac{4}{4}$		75	
8/9/18	Crown High point			

د. عبدالحليم المرادوي
Dr. Abdull Haleem Al Mardawi
ممارس عام - طبيب اسنان عام
General Practitioner Dentist
ترخيص رقم: D38021
MOH License No.: D38021
مركز أوركيد الطبي
Orchid Medical Centre

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	Maha,Mazin,Mahd,,Mohammad	IDN:	784198254910387	Mother Name:	
Name (Ar)	مها مازن محمود محمد	Card Number:	086275215	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	13/11/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	11/11/2020	Date of Birth:	30/04/1982	Sponsor Name:	بلديه دبي
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120087283607	Residency Expiry:	11/11/2020
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

4/19/2018

مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 300.00	RECEIPT VOUCHER (No. REC-000540)	Date: 26-04-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000451 - MAHA MAZIN - 971554040687		
The sum of Dhs. Three Hundred Only		
By Cash 300.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 26-04-2018
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 500.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000610)	Date:08-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000451 - MAHA MAZIN - 971554040687		
The sum of Dhs. Five Hundred Only		
By Cash 500.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 08-05-2018
Being Against invoice no : 582		
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 100.00	RECEIPT VOUCHER (No. REC-000638)	Date: 13-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000451 - MAHA MAZIN - 971554040687		
The sum of Dhs. One Hundred Only		
By Cash 100.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 13-05-2018
Being AGAINST INVOICE#451		
Made by Amada KC		

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 250.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000664)	Date:20-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000451 - MAHA MAZIN - 971554040687		
The sum of Dhs. Two Hundred Fifty Only		
By Cash 250.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 20-05-2018
Being		
Made by Ghada KC		

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,000.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000675)	Date:22-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000451 - MAHA MAZIN - 971554040687		
The sum of Dhs. One Thousand Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 1,000.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 22-05-2018
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 1,000.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000706)	Date:31-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000451 - MAHA MAZIN - 971554040687		
The sum of Dhs. One Thousand Only		
By Cash 1,000.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 31-05-2018
Being AGAINST INVOICE NO: 713		
Made by Ghada		

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

www.omc1.ae



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

75.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000852)

Date: 04-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000451 - MAHA MAZIN - 971554040687

The sum of Dhs. Seventy-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 75.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-07-2018

Being

Made by Nancy

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

File No#: 1055451 Date: 13-5-2018 اسم المريض

Patient Name: Maha Mazin

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 3/4/1982 Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Jordan Occupation (الوظيفة): _____

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married Phone No. (رقم الهاتف): 0554640687

E.MAIL: _____

How Did You Know About Us?

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: _____

Physical Findings: _____

Radiography: _____

Examination : _____

Diagnosis: _____

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 الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن ان يكشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما تكرر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفرض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و الطبية.

أتفهم أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم احتمالية حدوث عوى 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.

ان أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي.

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

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

DOCTOR NOTE

13 05 . 2013

Consultant

ABOUT

PRP

R / S

_DAD DATA

-AIOEBAA83ODQXO

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	Maha,Mazin,Mahd.,Mohammad	IDN:	784198254910387	Mother Name:	
Name (Ar)	مها مازن محمود محمد	Card Number:	086275215	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	13/11/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	11/11/2020	Date of Birth:	30/04/1982	Sponsor Name:	بلديه دبي
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120087283607	Residency Expiry:	11/11/2020
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

4/19/2018

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

جهاز Q-Switch Laser أقر أنا مها مازن بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

ليزر الـ Q-Switch Laser باستخدام لوشن الكريون بتيمة التقشير بالليزر هو أحد الإستراتيجيات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشذوذ الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، احمرار الجلد، إزالة التصبغات (البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تتبع الحبوب، توسيع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معضمهم فترة زمنية من 2-4 أسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 أشهر.

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكريون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكريون مما يستهدف الأصبغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 أشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الأضافر (الوضع A)

. بتر إزالة الكلف (الوضع M)

. مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكوتان) خلال ال6 أشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

. الأمراض الجلدية والإتهابات و الاورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإيدز و التهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(تكون الندوب الجذرية)

. البهاق.

أفهم تماما ان النتائج مشابهة تحقق من العلاجات وان النتيجة المرجحة ان تحقق بعد الجلسة الاولى. ولا يتضمن الطبيب رضائي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الي انتهاء خطة العلاج. و انا افهم ان النتائج قد تختلف بانظر الي استجابتي للليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد العلاج. وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي بالكامل.

أفهم ان كما هناك منافع للجراء المطلوب. افهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الانتقام. ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الي فترة شفاء.

افهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت، تأثيرات مشابهة لتأثيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الي عدة ايام فقط. تغيرات صبغية (بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الي ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكة، الم،حكة،التهاب،ندوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج . وعلني ايضا ابقاء عيادي مقلقتان اثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات التخدير.

لقد تم شرح العلاج بكامل فوائده ومضاعفاته المحتملة. وقد تمت الاجابة على جميع اسئلتني وقد وقعت على هذا الإقرار بكامل ارادتي.

التاريخ:

التوقيع:

اسم المريض/لوي امر المريض:



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,000.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006991

Date: 09-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000451 - MAHA MAZIN - 971554040687**

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

By Cash **1,000.00** / 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 **ADVANCE FOR 3 SESSIONS METHO + 4 SESSIONS CARBON + VAT BALANCE 890**

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

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