

File No#: 1000489 Date: 2018/04/29

Patient Name: Maryyam Ahmad اسم المريض:

Gender (الجنس): M / F

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 11/21/1996

Occupation (الوظيفة):

Nationality (الجنسية): Emirati

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single رقم الهاتف: 0505381365

MAIL: mn.ap@icloud.com

How Did You Know About Us? _____

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟

للـ 1 - دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار

للـ 2- دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار

للـ 3 - قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار

للـ 4- نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار

للـ 5- بشرة داكنة السمرة

2- هل تظهر 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" / الأيسوتريتينون " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا

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

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 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 العلمية.

أتفهم أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماماً كافة الأخطار 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 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 أقدّمها 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 :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:



إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا _____ بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج
جهاز ليزر ال Q-Switch باستخدام

■ التقشير الكريونى باستخدام لوشن الكريونو يتبعه التقشير بالليزر هو احد الإستطابيات 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، توسع مسامات الجلد، إزالة او تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح 3-5 جلسات معظمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 اشهر.

■ 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 الإلتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الاضافر(الوضع A)

. بئر إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

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

. الحمل والرضاعة.

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
29/4/18	CARBON PEEL FR 200, Q480, PTP 450	300	0	
15/12/18	CARBON PEEL FULL FACE FR 250, Q480, PTP 800	300		
5/5/2019	carbon laser Plan: Double chin treat chin filled			

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
اختصاصي جلدية
Dermatology specialist
ترخيص رقم: 1666
MOH License No.: 1666
مركز اوركيد الطبي
Orchid Medical Centre

United Arab Emirates دولة الإمارات العربية المتحدة
Driving License رخصة قيادة

رقم الرخصة: 2044756
الاسم: مريم أحمد محمود محمد علي

الاسم: Maryyam Ahmad Mahmood Mohammad Ali
Nationality: Emirates

تاريخ الميلاد: 01/02/1996
تاريخ الإصدار: 05/06/2014
تاريخ الانتهاء: 05/06/2027

Expiry Date: 05/06/2027
Place of Issue: Dubai

مركز الترخيص: 10215
Licensing Authority





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 300.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000559)	Date:29-04-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000489 - MARYYAM AHMAD - 971505381355		
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: 29-04-2018
Being		
Made by Ghada		

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

www.omc1.ae



Ghada



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001971)

Date:15-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000489 - MARYYAM AHMAD - 971505381355

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash **315.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 15-12-2018

Being

Made by  FAYEN

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 378.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003562)

Date:04-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000489 - MARYYAM AHMAD - 971505381355

The sum of Dhs. **Three Hundred Seventy-Eight Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **378.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Date: 04-05-2019

Being **FULL FACE SOFT LIGHT (10% DISCOUNT ESAAD CARD) + VAT**Made by **Hiba**

- 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 : 1000489 - MARYYAM AHMAD - 971505381355

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



esaad
مستودع اذلي

AHMED MAHMOOD MOHD
DP7887

مستودع اذلي
Privilege Card