

File No#: 1000494 Date: 30/04/2018
اسم المريض

Patient Name: Raba TaySir

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 11/03/1979 Gender (الجنس): M / (F)

Nationality (الجنسية): Jordan Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married Phone No. (رقم الهاتف): 056-1509960

E.MAIL:

How Did You Know About Us?

Instagram

Weight: Height: Blood Type:

Chief Complaint: weight gain

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 : chest clear HVB, Heart NDR

Diagnosis: weight gain

د. إيمان محسن علي
Dr. Iman Mohsin-Ali
ممارس عام - ممارس عام
General practitioner
MOH License No.: D24329
مركز أوركيذ الطبي Orchid Medical Centre

إقرار طبي لجهاز الإنديمد

أقر بأنني قد حصلت على المعلومات الكاملة المتعلقة باستخدام جهاز الإنديمد برو الذي يستخدم طاقة الموجات الصوتية لشد الجلد.

استخدام طاقة الموجات الصوتية لشد الجلد ينتج حرارة عميقة في الجلد في منطقة العلاج. لا يجب ان يسبب العلاج أي ألم و عادة ليس لديه أي أعراض جانبية.

استخدام هذا الجهاز قد يسبب انتفاخا مؤقتا و احمرارا في الجلد, وفي حالات نادرة قد ينتج حرق في منطقة العلاج, وفي هذه الحالة الطبيب المعالج سوف يعالج هذه المنطقة حالا وسوف يتلقى المريض الارشادات حول العلاج المطلوب.

العلاجات البديلة لشد الجلد تتضمن الليزر او التكتولجيا الضوئية . العلاجات التي تعتمد على الليزر تعتبر الأكثر الما وقد تسبب حروقات, بينما التي تعتمد على الضوء اقل فعالية من غيرها.

(أ) أقر بأنني اطلعت على البيانات اعلاه وأنهم توابعها وأنني قد وقعت هذا الإقرار بكامل ارادتي, وأنني قد حصلت على نسخة منه موقعة ومرتخة.

(ب) أوافق على اخذ صورة للعلاج للتقييم الطبي.

الاسم: _____

التاريخ: _____

التوقيع: _____

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 أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما 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 الابدني 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 الاطلاع عليها دون موافقتي.

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


20/10/2018

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:



DOCTOR NOTE

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO'

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	Roba Taysir,M,Zaid,Alkilani	IDN:	784197999872624	Mother Name:	
Name (Ar)	روى تيسير محمد زيد الكيلاني	Card Number:	084572475	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	25/07/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	19/07/2019	Date of Birth:	11/03/1979	Sponsor Name:	نادر هشام محمد البنا
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	05178246
Residency Type:	03	Residency Number:	30120143004916	Residency Expiry:	19/07/2019
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

4/30/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,200.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000567)	Date:30-04-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000494 - ROBA TAYSIR - 971561509950		
The sum of Dhs. Two Thousand Two Hundred Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 2,200.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 30-04-2018
Being		
Made by Ghada		

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

www.omc1.ae



Date: ٢١ | ٥ | ٢٠١٨

File No#: ١٥٥٥٧٩١

اسم المريض:

Patient Name: Roba Tawfir

Gender (الجنس): M / F

Date of Birth (تاريخ الميلاد): ١١ | ٣ | ١٩٦٩

Occupation (الوظيفة):

Nationality (الجنسية): Jordan

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): ٥٥٦-١٥٥٩٩٥٥

MAIL: _____

How Did You Know About Us? Inistocyan

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الاجابة على الاسئلة التالية بدقة:-

1- ما هو الوصف الانسب 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 ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم ___ لا ___

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

4- هل تناولت عقار "الأكوتان" / الايسوترتينولين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم ___ لا ___

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

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا Ruha Al-Kilani بقدمي إلى مركز أوركييد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر الغير مرغوب فيه باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها من الأصباغ الموجودة في بصليات الشعر و تعطل قدرتها على إنماء الشعر.

أتفهم أن النتائج تختلف من شخص لآخر باختلاف تاريخهم الطبي ونوع بشرتهم ونوع الشعر و التزام المريض مع تعليمات ما قبل وبعد العلاج بالليزر و إختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وأنا على علم بالطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق , النقف , الكريمات , وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

لقد تلقيت التعليمات التالية :-

. لا يسمح بالتسمير او استخدام مستحضرات تسمير البشرة لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج لتفادي زيادة الأعراض الجانبية.

. يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع او النقف قبل العلاج ب6 أسابيع على الأقل.

. الوشوم/التاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

. يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك على العلاجات والحساسية ونوع البشرة.

. الأشخاص الذين تناولو عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو تناولو أي عقاقير تمنعهم من التعرض إلى أشعة الشمس لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

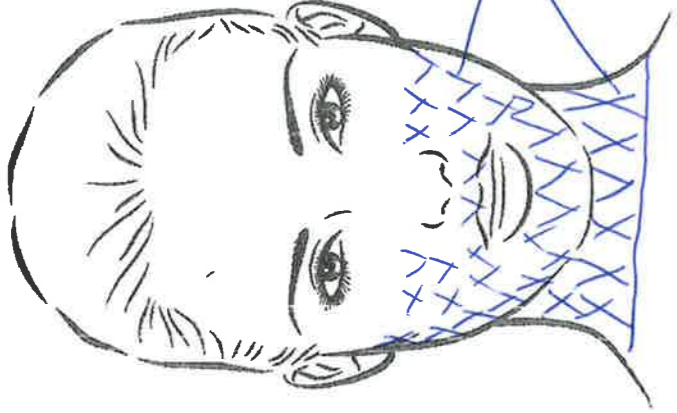
الأعراض الجانبية قد تتضمن احمرار البشرة بما يشبه الحروق. بعض الإنتفاخ والتشقق من الممكن حدوثه. هذه الأعراض الجانبية ستلاشى خلال بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ونادرا ما تدوم. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام واقيات الشمس.

Circle areas to be treated:

Other

7 MAY 2018

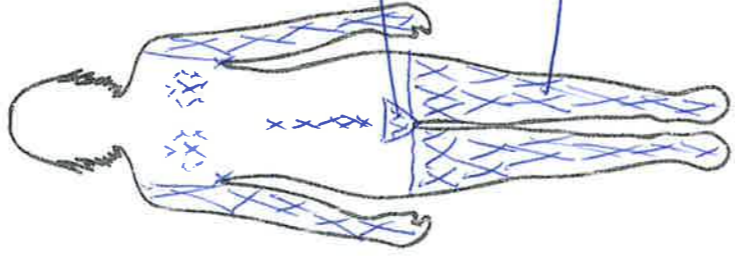
START TIME: 11:15 AM
END TIME: 1:40 PM



16 J/cm², BURST X 2 PASSES

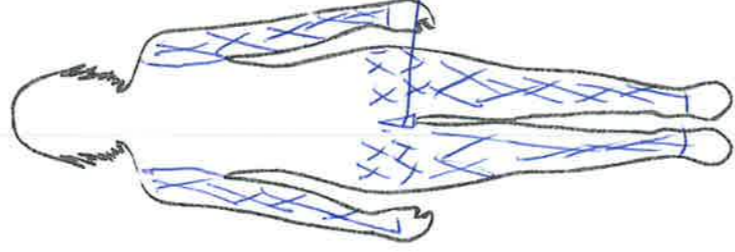
Front

Back



10 J/cm², BURST X 2 PASSES

16 J/cm², BURST X 2 PASSES



10 J/cm², BURST X 2 PASSES

DATA

.BAA830DQXO

firm 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	Roba Taysir, M, Zaid, Alkhitami	IDN:	784197939872624	Mother Name:	
Name (Ar)	روبا تيسير محمد زيد الكhitami	Card Number:	084572475	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن	Sponsor Type:	03
Issue Date:	25/07/2017	Sex:	F	Sponsor Name:	ناصر هشام محمد البتيا
Expiry Date:	19/07/2019	Date of Birth:	11/03/1979	Sponsor Number:	05178246
Marital Status:	02	Husband IDN:		Residency Expiry:	19/07/2019
Residency Type:	03	Residency Number:	30120143004916	Occupation Field:	00
ID Type:	IL	Occupation:	99		



Photo



Signature Image

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

4/30/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 950.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000602)	Date:07-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000494 - ROBA TAYSIR - 971561509950		
The sum of Dhs. Nine Hundred Fifty Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 950.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 07-05-2018
Being		
.Made by Ghada		

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