

File No#: 1000512

Date: 3/5/2018

Patient Name: AHMED AL SAADI

اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 10/2/1994

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): UAE

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 055 3033348

MAIL:

How Did You Know About Us?

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

\*يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟

1 - دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار

2- دائمة الاحتراق , عديمة 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 البسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج؟ نعم \_\_\_ لا \_\_\_

4- هل تناولت عقار "الأكيوتان / الأيسوترتينونين" خلال الست أشهر الماضية؟ نعم \_\_\_ لا \_\_\_

5- هل استخدمت عقار " ريتين اي " أو منتجات حمض الجلاليكوليك أو الهيدروكورتون (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:

وافق 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 التخصصات 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 القمص 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 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 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 ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني املاك 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:

11



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

## DOCTOR NOTE



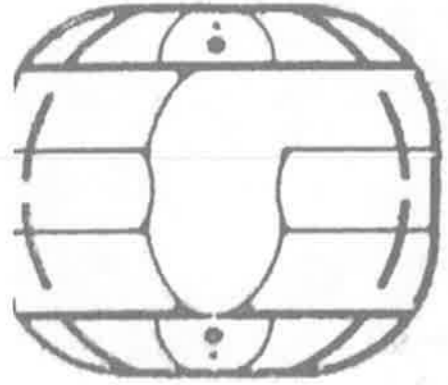
United Arab Emirates

Identity Card



إمارات العربية المتحدة

بطاقة هوية



ID Number / رقم الهوية

784-1994-1739174-7



الإسم: أحمد حمدان محمد راشد السعدي

Ahmed Hamdan Mohamed Rashid

Al Saadi

الجنسية: الإمارات العربية المتحدة

Nationality: United Arab Emirates



104759 / 01

الجنس: ذكر M

Date of Birth / الولادة

10/02/1994

رقم البطاقة / Card Number / Expiry / الصلاحية

065090704

02/09/2018

1100003F474506

When this card, please return it  
to the issuing organisation  
at the nearest police station



التوقيع / Signature

على هذه البطاقة  
رجاءها الى جهة إصدار  
الى أقرب مركز شرطة

ARE06509070437841994173917

02102M1809026ARE<<<<<<<<<<<

<SAADI<<AHMED<HAMDAN<MOHAM



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 350.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000589)	Date:03-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000512 - AHMED AL SAADI - 971553033318		
The sum of Dhs. <b>Three Hundred Fifty Only</b>		
By Cash <b>0.00</b> / By Credit Card <b>350.00</b> / By Cheque <b>0.00</b> / By Bank Transfer <b>0.00</b> / By Allocated <b>0.00</b>		
Bank:	Cheque No.	Date: 03-05-2018
Being		
Made by <b>Ghada</b>		

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)