

File No#: 1000519 Date: 6/5/2018
Patient Name: Khaled Ahmed اسم المريض:
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 1/11/1986 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): Syria (الوظيفة):
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single Phone No. (رقم الهاتف): 055-1986666.
E. MAIL: samahemsworth@outlook.com

How Did You Know About Us? _____

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

- 1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟
1 - دائمه الاحتراق , قليلة الاسمرار _____
- 2- دائمه الاحتراق , عديمه الاسمرار _____
- 3 - قليلة الاحتراق , دائمه الاسمرار _____
- 4- نادرة الاحتراق , دائمه الاسمرار _____
- 5- بشرة داكنة السمرة _____

2- هل ظهوره لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم لا

3- هل لديك أي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بقور الحمى أو التفريجات في منطقة العلاج ؟ نعم لا

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

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

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا ضاد مسعود بقدمي إلى مركز أوركيد 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 الاقل.

. 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 ستلتشى خلال بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ونادرا ما تتوم. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام واقيات الشمس.

Circle areas to be treated:

6/5/2018

Other _____

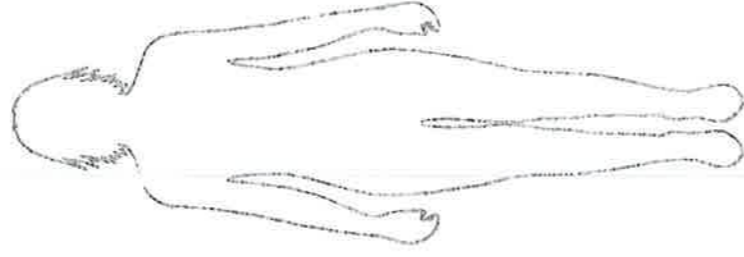
START TIME: 12:30 PM
END TIME: 12:50 PM

Ultrabeat UVINES

16J/cm², SPOT x 2 PASSES

FUCIDIN CREAM + SUNBLOCK

POST TREATMENT



Other _____

5/6/2012

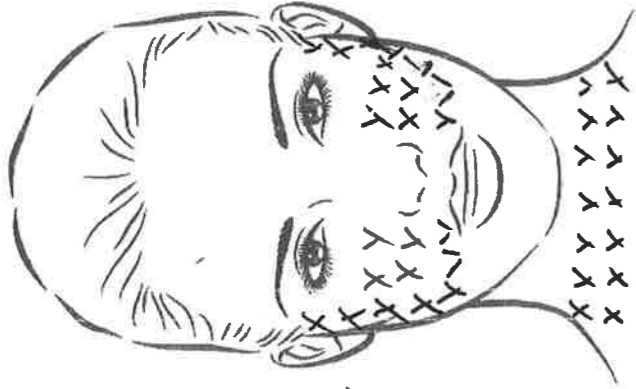
START : 10:50 AM

END : 11:10 PM

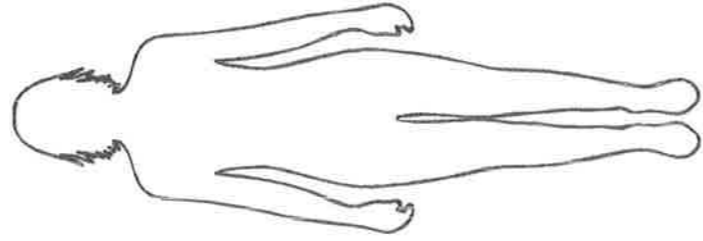
LHR BEARD LINES + NECK

16 J/cm² STIM X 2 PASSES

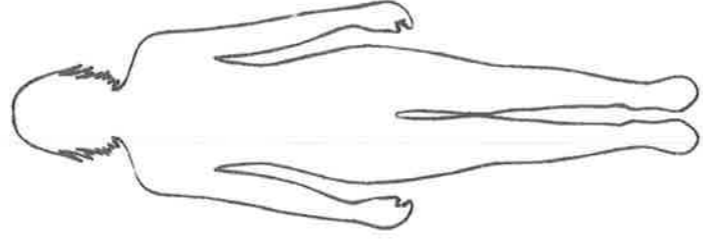
FUCION CREAM POST LASER
TREATMENT



Front





Back



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
6/5/18	LHR BEARD LINES + NECK 16J/4m ² , SPOT X 2 AREAS	200		 Dr. Goran Jovanovic Plastic Surgeon Specialist - MOH License No.: V220 Orchid Medical Centre
5/6/18	LHR BEARD LINES + NECK " " "	200		
5/7/18	LHR BEARD LINES + NECK " " "	200		 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V820 Orchid Medical Centre
5/8/18	LHR BEARD LINES + NECK " " "	200		
5/9/18	LHR BEARD LINE + NECK 16J/SHORT 1PASS	200		
4/10/18	LHR BEARD LINE + NECK	200		
21/11/18	LHR Beard Care + neck ND YAG	200		
26/12/18	LHR BEARD HAIR + NECK 15J/20ms			
1/2/19	LHR BEARD LINE + NECK			
1/3/19	LHR BEARD + NECK . ACEX 8/15 2spot	1150		
5/5/2018	3 session beard line + neck ① Session Done ② Remaining ...			
19/6/19	LHR Beard + neck (Delca)			
7/8/19	LHR Beard + (Delca)			
22/10/19	LHR Beard + Neck (Delca)			
17/12/19	LHR Beard + Neck (Delca) Remaining 2 session			
8/2/20	LHR Beard + Neck (Delca)			
2/11/20	LHR Beard + Neck (Delca)			

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO*

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	Khaled,Ahmad,,,Darweesh	IDN:	784198679351324	Mother Name:	
Name (Ar)	خلال احمد دارويش	Card Number:	088276147	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	21/03/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	20/03/2021	Date of Birth:	01/01/1986	Sponsor Name:	بلو شارك لتاجير السيارات
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	02010005613164
Residency Type:	07	Residency Number:	20120187244202	Residency Expiry:	20/03/2021
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	



Photo

Signature Image

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

5/6/2018



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000597)	Date:06-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000519 - KHALED AHMED - 971551986666		
The sum of Dhs. Two Hundred Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 200.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 06-05-2018
Being		
Made by Ghada		

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

www.omc1.ae



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000722)

Date:06-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000519 - KHALED AHMED - 971551986666

The sum of Dhs. **Two Hundred Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **200.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 06-06-2018

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 _____

5 / JULY 2018

UPPER BEYOND LIMBS + NECK



16 J/cm² SHORT X
2 PASSES

* FUCIDIN + ADVAANTAN +
HYDROXYMA SUNBLOCK POST
TREATMENT

Front

Back





مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000856)

Date: 05-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000519 - KHALED AHMED - 971551986666

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 05-07-2018

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

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000997)

Date:05-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000519 - KHALED AHMED - 971551986666

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.

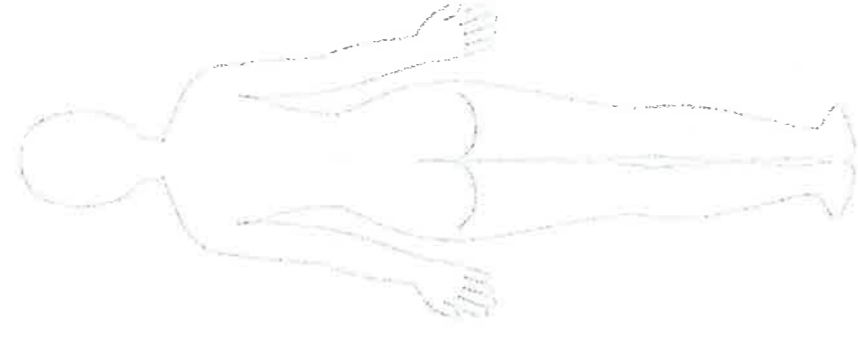
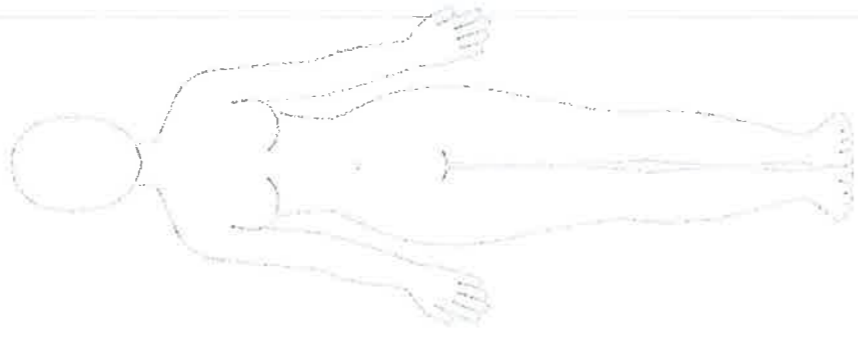
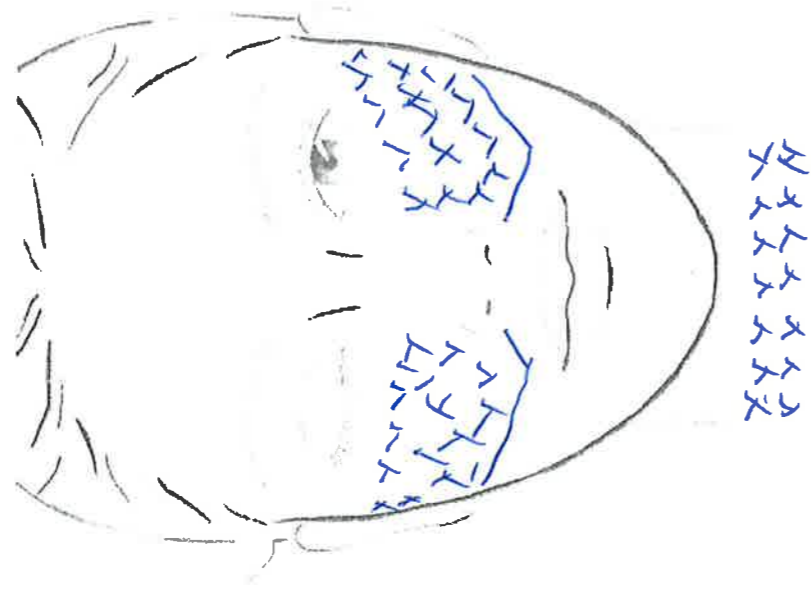
Date: 05-08-2018

Being

Made by Ghada

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

Patient's Name: Khaled Ahmed اسم المريض:
 File Number: # 1000519 رقم الملف:
 Pain Relief given? Yes / No Pain relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



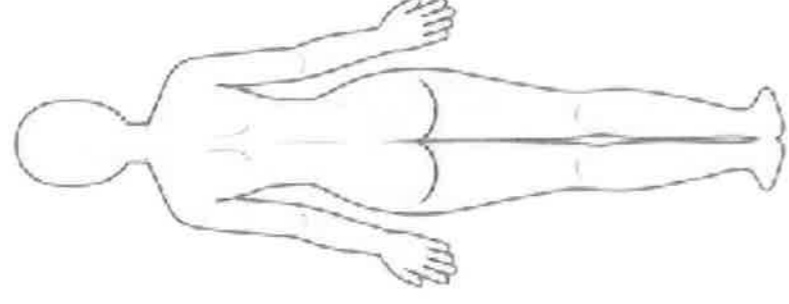
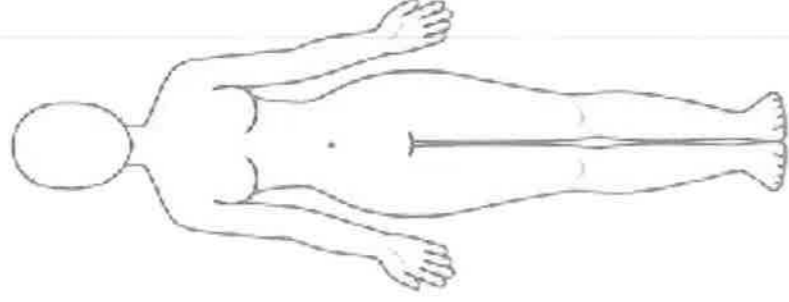
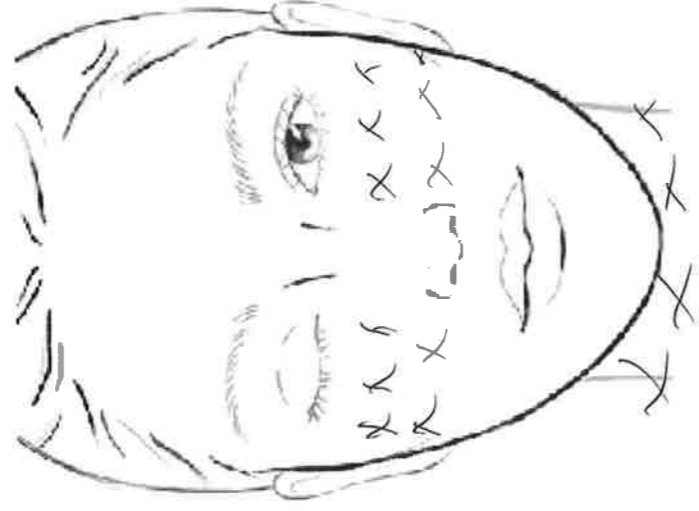
Treatment Date	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
5/8/18	5/9/18	4/10/18	8/11/18	8/12/18	11/2/19	
BEARD UNBENTURED	SKIN	SKIN	SAME	SAME	SAME	
DARK, COURSE	DARK, COURSE	DARK, COURSE	DARK, COURSE	DARK, THICK	DARK, THICK	
DPL	DPL	DPL	DPL	DPL	ND YAG (spot)	
16 J/cm ²	16 J/cm ²	18 J/cm ²	18 J/cm ²	ND YAG (spot)	20/20	
BURST	SPOT	SPOT	SPOT	SPOT	SPOT	
CNT Pulse						
1	1	2	1	1	1	
12:45 AM	1:10 PM	12:50 AM	12:50 AM	3:20 PM	12:40 PM	
1 PM	1:25 PM	1:15 AM	1:15 AM	3:30 PM	2:55 PM	
FLUORESCENT + PHOTOBLIND	FLUORESCENT	FLUORESCENT	FLUORESCENT	FLUORESCENT	FLUORESCENT	

Therapist Name and Signature: RUSSE JANE

Mr. Khaled

اسم المريض:
 Patient's Name:
 رقم الملف:
 File Number:
 تقييم و تم اكمال استمارة الموافقة: Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No

1000579



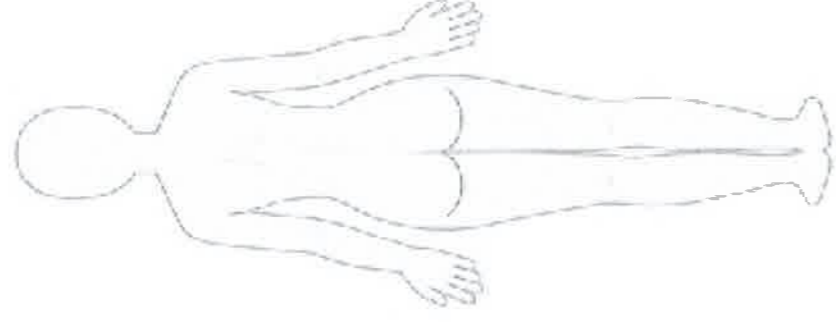
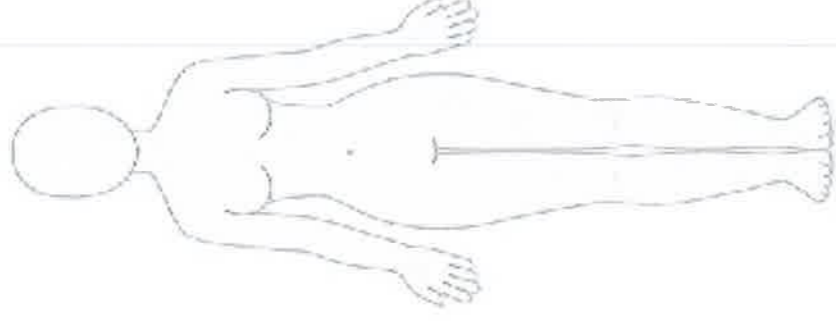
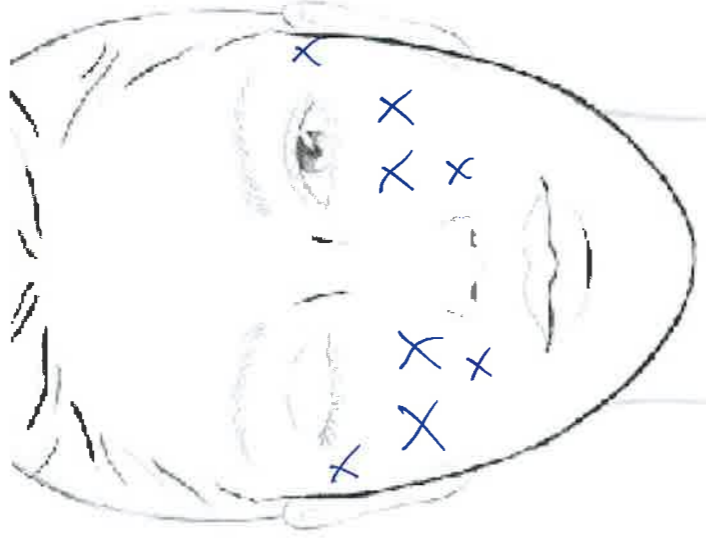
	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	2/6/20					
Treatment Area	Beard & Neck					
Hair Type	H1D					
Mode	Alex do					
Fluence	8/13ms					
Pulse Type	1 pul					
CMT Pulse						
Passes						
Starting Time	8:00 am					
Finish Time	8:30 am					
Post Treatment						

last ss pkey

[Signature]

Therapist Name and Signature

Patient's Name: Ms. Khaled اسم المريض:
 File Number: رقم الملف:
 Pain Relief given? Yes / No تخفيف الألم؟ نعم / لا
 Evaluation and consent form completed? Yes / No التقييم والصيغة اكتملت؟ نعم / لا
 Pretreatment photography taken? Yes / No التصوير الفوتوغرافي قبل العلاج؟ نعم / لا
1000579



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	06/05/19	19/06/19	07/08/19	02/10/19	17/12/19	8/3/20
Treatment Area	Beard line	Beard neck	Beard	Beard+Neck	Beard+Neck	Beard+Neck
Hair Type	Medium	Medium	Medium	Medium	Medium	Medium
Mode	ALEX	ALEX	ALEX	Alex	NDYAG	Alex 20
Fluence	7J/18ms	7J/12ms	7J/13.5ms	8J/14-12ms	7J/15ms	7/13ms
Pulse Type						1 pass
CNT Pulse						
Passes	1	1	1	1	1	
Starting Time	2:15 pm	8:15 pm	8:15 pm	2:30 pm	1:10 pm	
Finish Time	2:30 pm	8:25 pm	8:25 pm			
Post Treatment	HIRUDOID	FUCICORD		HIRUDOID	HIRUDOID	Amredoid

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001175)

Date:05-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000519 - KHALED AHMED - 971551986666

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 05-09-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001369)

Date:04-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000519 - KHALED AHMED - 971551986666

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: 04-10-2018

Being

Made by  Ghada

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001756)

Date: 21-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000519 - KHALED AHMED - 971551986666

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 21-11-2018

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

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002073)

Date:26-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000519 - KHALED AHMED - 971551986666

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 26-12-2018

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

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002620)

Date:11-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000519 - KHALED AHMED - 971551986666

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 11-02-2019

Being 200 laser session + 10vat

Made by Ghada

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002934)

Date:11-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000519 - KHALED AHMED - 971551986666

The sum of Dhs. **Four Hundred Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **472.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 11-03-2019

Being **3 SESSION BEARD LINE + NECK DEKA + VAT**Made by **Hiba**

- 1.Any Advance refund will be within 48 hours for 20% deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1000519 - KHALED AHMED - 971551986666

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006559)

Date:17-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000519 - KHALED AHMED - 971551986666

The sum of Dhhs. **Four Hundred Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **472.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 17-12-2019

Being **3 SESSION BEARD LINE + NECK + VAT**

Made by **Rana**

- 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 : 1000519 - KHALED AHMED - 971551986666

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