



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005236)

Date:28-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000557 - JUMA Alsuwaidi - 971506309056

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: 28-09-2019

Being **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 : 1000557 - JUMA Alsuwaidi - 971506309056

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

File No#: 1000 557

Date: 12-5-2018

Patient Name: Juma alSuwaidi

اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 18/3/1995

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): u.a.e

Occupation (الوظيفة): _____

Marital Status (الحالة الاجتماعية): _____

Phone No. (رقم الهاتف): 0506309056

E. MAIL: _____

How Did You Know About Us? (Neighbour) Neighbor

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟

1 - دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار

2- دائمة الاحترق , عديدة الاسمرار

3 - قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار

4- نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار

5- بشرة داكنة السمرة

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

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

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

5- هل استخدمت عقار " ريتين اي " أو منتجات حمض الجلاريكوليك أو الهيدروكورتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟

لا نعم لا

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا د. هبة خلفات صويدي بقدمي إلى مركز أوريكيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر الغير مرغوب فيه باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً 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 , التنف , الكريمات , وإزالة بالشع 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 تفقادي زيادة الأعراض الجانبية.

• يجب تفادي إزالة الشعر بالشع او التنف قبل العلاج ب6 أسابيع على الاقل.

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

• يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً 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 ستلاشي خلال بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ونادراً ما تدوم. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام أقيان الشمس.



- . الأمراض الجلدية والالتهابات و الاورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.
- . مشاكل في الجهاز المناعي.
- . الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي.
- . ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)
- . البهاق.

أتفهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوحة لن تتحقق بعد الجلسة الاولى. ولا يتضمن الطبيب رضائي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الي انها خطة العلاج, و انا اتفهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي لليزر 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.

أتفهم ان كما هناك منافع للاجراء المطلوب, اتفهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الانشام, ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الي فترة شفاء.

اتفهم 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,كدمات,التهاب,ندوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج . وعلي ايضا ابقاء عياني مغلقان 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 الاقرار بكامل ارادتي.

اسم المريض/ولي امر المريض: **جمعة نلفات السويدي** التاريخ: **٢٠١٣-٦-٢٨**

التوقيع:

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	Juma,Khalfan,Rashid,Obaid,Al Suwaidi	IDN:	784199552748735	Mother Name:	Shamsa
Name (Ar)	جمعه خلفان راشد عبد السويدي	Card Number:	067512108	Mother Name (Ar):	شمسة جمعه
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	301006140
Title(Ar):		Sex:	M	Sponsor Type:	
Issue Date:	02/03/2014	Date of Birth:	18/03/1995	Sponsor Name:	
Expiry Date:	02/03/2019	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	01	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	11	Occupation Field:	00
ID Type:	ID				

Photo



Signature Image

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

5/12/2018

Circle areas to be treated:

Other

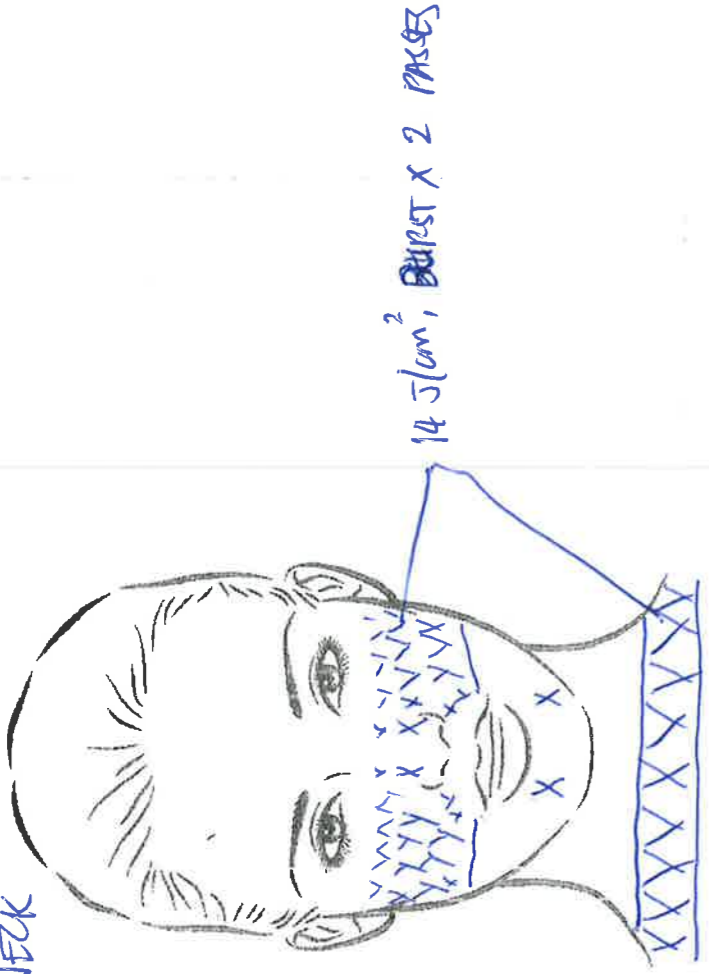
12/5/18

JUMA AL SUWAIDI

LHR BEARD VINEST + NECK

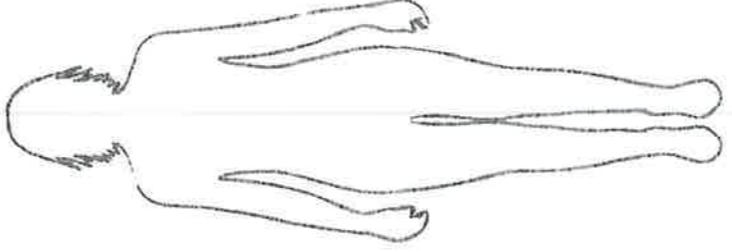
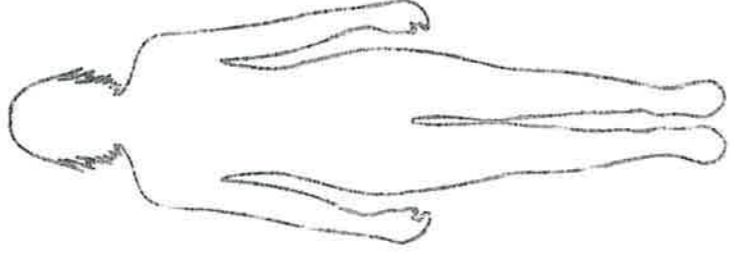
START TIME: 6:05 PM

END TIME: 6:30 PM



Front

Back





PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE
12-05-18	LHR BEARD LINES + NECK 14 J/cm ² BURST x 2 PASSES	200	200
9-06-18	LHR BEARD LINES + NECK 16 J/cm ² BURST x 2 PASSES	200	0
13-06-18	CARBON PEEL Done FR-250, Q480 PTP-600	300	0
18-7-18	LHR BEARD LINE + NECK	200	
11-10-18	SAME	200	
10/2/19	LHR BEARD LINE + NECK + BACK NECK		1 Beard
11/4/19	LHR BEARD + NECK + NAPE		
13-4-19	CARBON LASER PT Paid for 3 Session Carbon 1 Session - facial Remaining 2 Session Carbon 4-19 facial session		Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre
2/5/19	Carbon peel done beard + neck + nape		Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre
9/5/19	LHR Beard line neck, Nape		Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre
17-5-19	Carbon laser Done		Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre
23-5-19	carbon laser Done		Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre
1/6/2019	filled : jawline + cheeks (1.8) (1.2)		Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre

Teosyal Puresense Ultimate
LOT TSTL-183913A
2020-09
1ml

Medeci

Teosyal Puresense Ultimate
LOT TSTL-183913A
2020-09
1ml

Patient

Teosyal Puresense Ultimate
LOT TSTL-183913A
2020-09
1ml

Patient

Teosyal Puresense Ultimate
LOT TSTL-183913A
2020-09
1ml

Teosyal Puresense Ultimate
LOT TSTL-183913A
2020-09
1ml

Dr. Gran SIGNATURE
Dr. Gran J. SIGNATURE
Plastic Surgeon
MOH License No.: V820
Orchid Medical Centre

يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية بشكل دقيق Kindly Answer the following Questions Precisely

هل أنت حامل أو تقوم بالإرضاع حالياً؟ نعم / لا	هل لديك أي حساسية؟ نعم / لا
هل تتلقى أي علاجات حالياً؟ نعم / لا	هل كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....
إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....	هل قمت سابقاً بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا
إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....	هل قمت سابقاً بأي علاج باستخدام البوتوكس أو الفيلر؟ نعم / لا
هل كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....	ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟.....
هل عانيت من أي أعراض جانبية بعد العلاج؟.....	هل عانيت من أي أمراض مناعية؟ نعم / لا
هل عانيت من أي التهابات أو أمراض جلدية؟ نعم / لا	هل تتناول أي ستيرويدات أو أسبيرين أو مبيعات للدم؟ نعم / لا
هل تعاني من أي حساسية خصوصاً تجاه حمض الهيالورونيك أو التخدير الموضعي أو الليدوكاين؟ نعم / لا	هل تعاني من تضخم الثدي؟ نعم / لا
هل تعاني من أي مشاكل أو أمراض قلبية؟ نعم / لا	هل تعاني من أي مشاكل أو أمراض قلبية؟ نعم / لا
إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....	هل كنت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....

أقر أنني قد حضرت إلى مركز أوركيد الطبي للحصول على العلاج باستخدام حقن البوتوكس والفيلر.

I hereby consent that I have come to orchid medical center for Treatment with Botox / Filler.

I understand this is an elective procedure and I hereby voluntarily consent to treatment with dermal fillers for facial rejuvenation, lip enhancement, establish proper lip and smile lines, and replacing facial volume, or remove any unwanted wrinkles around eyes and forehead. The procedure has been fully explained to me. I also understand that any treatment performed is between me and the doctor/healthcare provider who is treating me and I will direct all post-operative questions or concerns to the treating clinician. I have read the above and understand it. My questions have been answered satisfactorily. I accept the risks and complications of the procedure and I understand that no guarantees are implied as to the outcome of the procedure. I also certify that if I have any changes in my medical history I will notify the doctor/healthcare professional who treated me immediately.

أقوم بهذا الإجراء من إجراء اختياري وأنا قد وقعت هذا القرار بإرادتي الكاملة لإجراء الحقن بالفيلر/البوتوكس لإعادة التفتيح للوجه وتحسين مظهر الشفاه وتغيير مظهرها أو إعادة تصاريف الوجه، أو إخفاء التجاعيد في منطقة الجبهة وحول العين. الاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل وبعد المعالجة.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا القرار والتقييم (أو تمت قراءته لي وأنا على علم بمحتواه) وأن جميع استئلتي واستفساراتي قد أجبته بالكامل وبشكل مرضي.

أقر أنني على علم بكامل الاخطار والمضاعفات التي قد تنتج عن هذا العلاج واتفهم ان لا ضمانات قد قدمت لي لنتائج هذا الإجراء الطبي.

وأشهد أنني قد أعطيت الطبيات في هذا النموذج بشكل كامل وصحيح وأنا اتحمل مسؤولية التبليغ في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

إسم المريض والتوقيع

.....
.....

التاريخ: 2019/6/1

Date: / ... /



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000630)	Date:12-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000557 - JUMA Alsuwaidi - 971506309056		
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: 12-05-2018
Being		
Made by Ghada		

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

Ghada

Circle areas to be treated:

Other _____

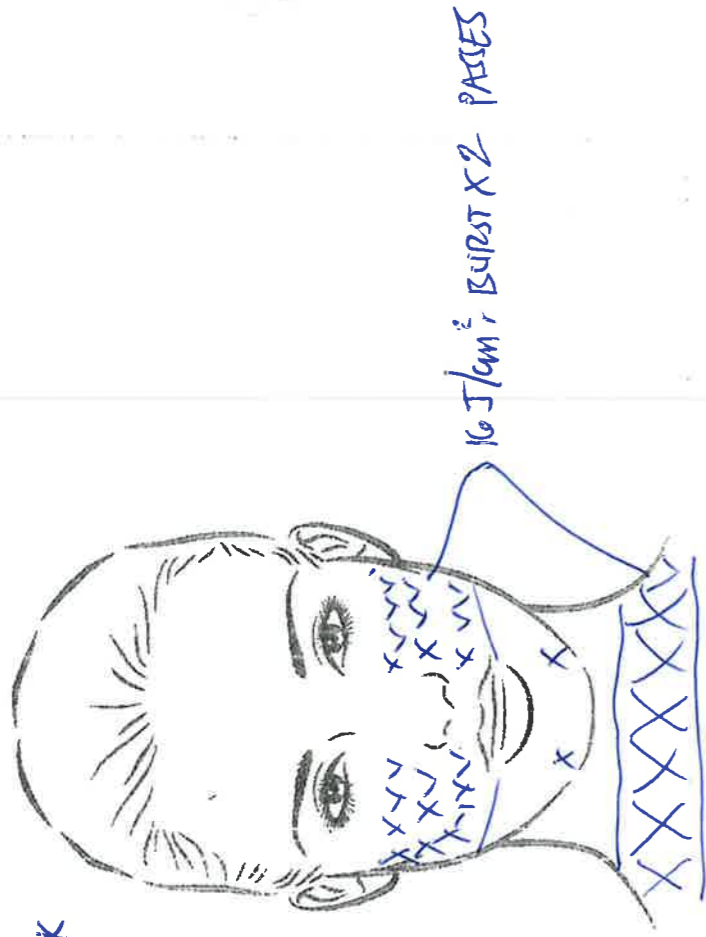
JUMA AL SUWAIDI

9/6/18

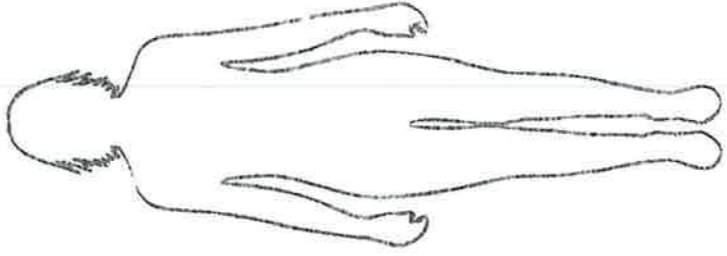
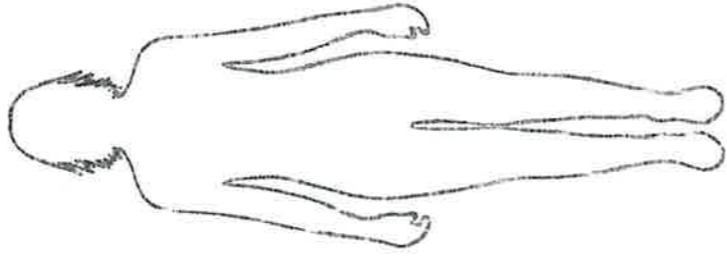
4HR BEARD LINES + NECK

START TIME: 8:30 PM

END TIME: 8:53 PM



16 J/cm² BURST X 2 PASSES





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000739)

Date:09-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000557 - JUMA Alsuwaidi - 971506309056

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: 09-06-2018

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

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000770)

Date:13-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000557 - JUMA Alsuwaidi - 971506309056

The sum of Dhs. **Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **315.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 13-06-2018

Being

Made by **Ghada KC****Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae**www.omc1.ae



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000803)

Date: 25-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000557 - JUMA Alsuwaidi - 971506309056

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

By Cash 300.00 / By Credit Card 15.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-06-2018

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-000922)

Date:18-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000557 - JUMA Alsuwaidi - 971506309056

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.

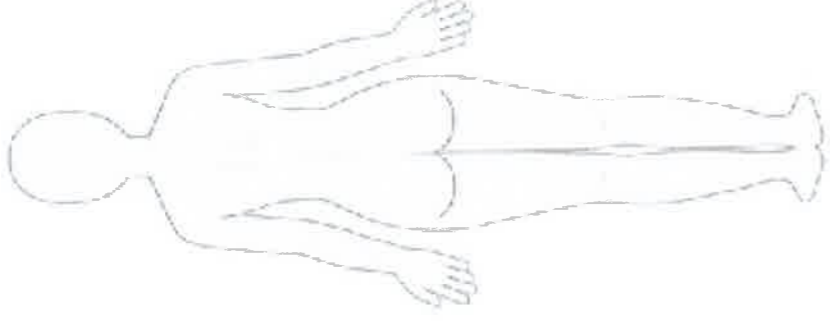
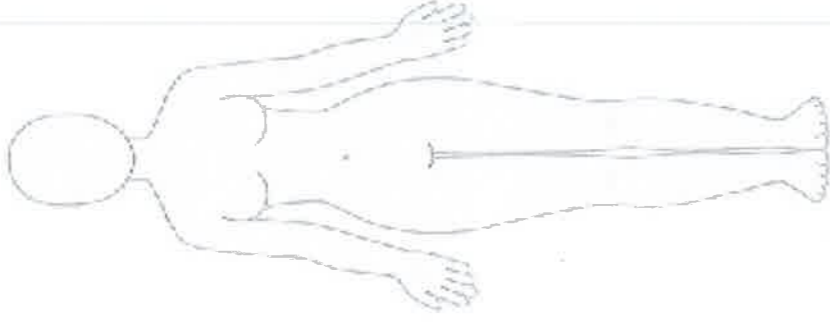
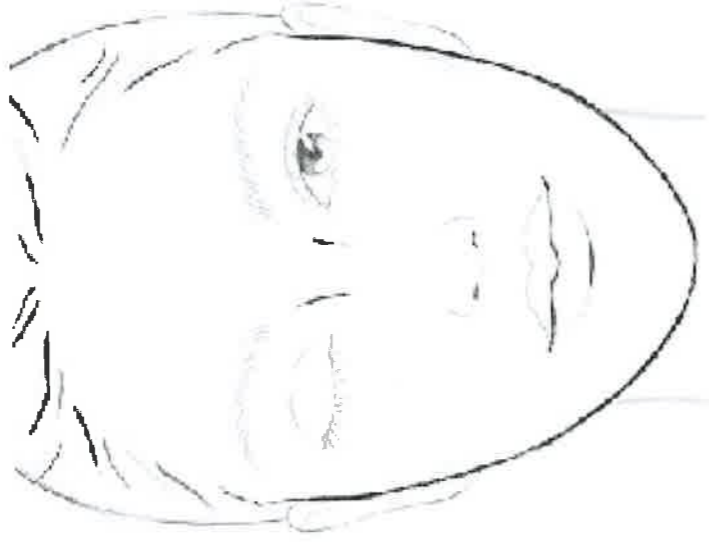
Date: 18-07-2018

Being

Made by Ghada

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

اسم المريض: **Suma Al Suwaidi**
 Patient's Name:
 رقم الملف:
 File Number:
 1000557
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	8/8/19					
Treatment Area	Beard + Neck					
Hair Type	M/Daekt					
Mode	ND YAG					
Fluence	13/17ms					
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	1					
Starting Time	3:30pm					
Finish Time	3:45pm					
Post Treatment	Hinned					
Therapist Name and Signature	<i>Suma</i>					

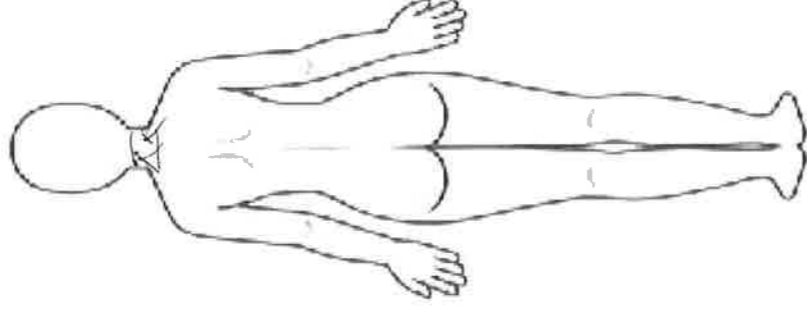
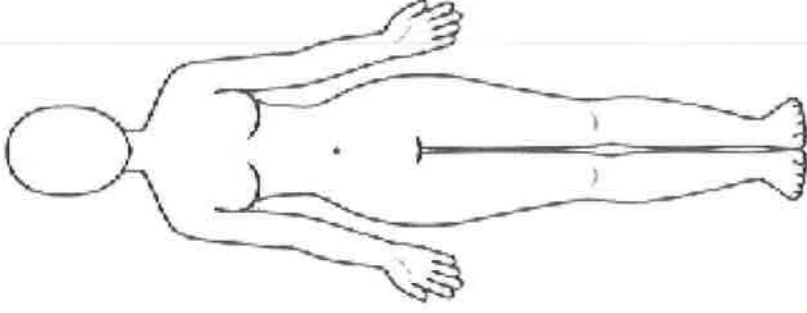
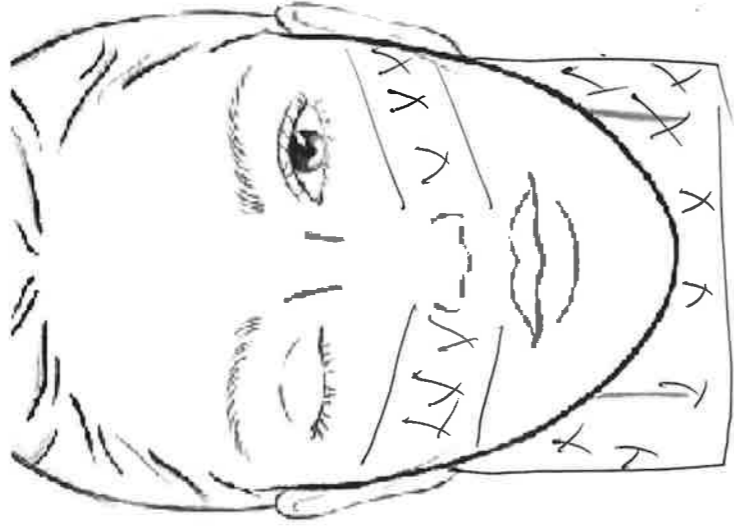
Therapist Name and Signature

اسم المريض: **QUMA LA BUNAROI**

اسم المريض: Evaluation and consent form completed? Yes / No

رقم الملف: Pretreatment photography taken? Yes / No

اسم المريض: **1000357**



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	28/9/19					
Treatment Area	Forehead + Neck					
Hair Type	MID. Nape					
Mode	Alex 20					
Fluence	8/2ms					
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	1					
Starting Time	4:30pm					
Finish Time						
Post Treatment	Hydrocort					

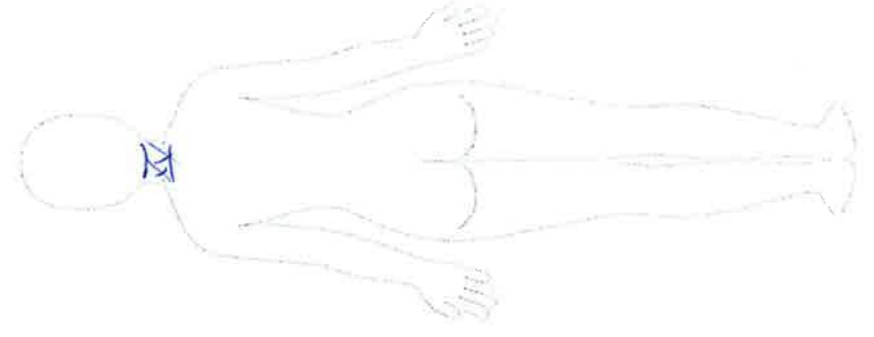
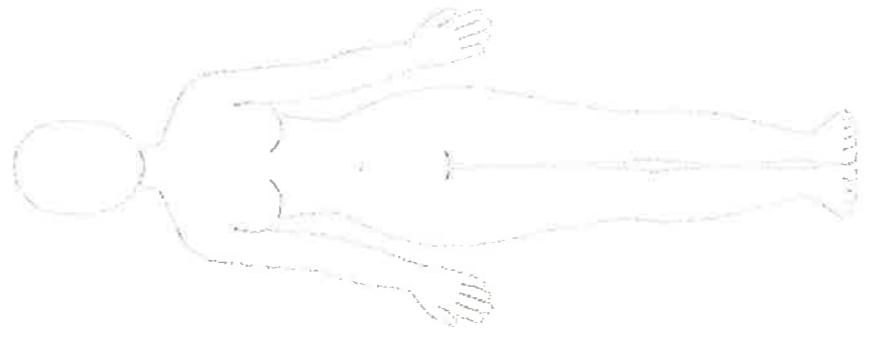
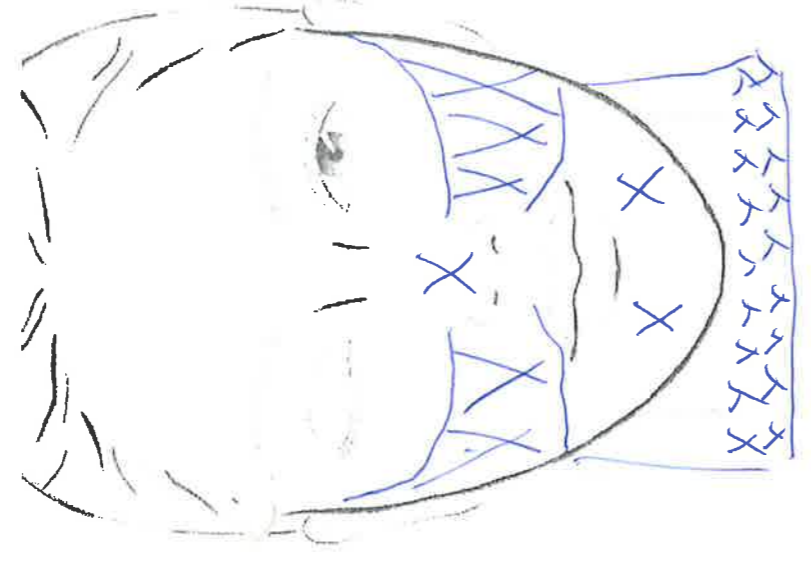
Hydrocort
Gel

Therapist Name and Signature

Patient's Name: JUMA AL SUWAIDI
 File Number: 10057
 رقم الملف:

اسم المريض:

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
Treatment Area	18/7/18 BEARD LINES + NECK DARK, COURSE	11/10/18 AS ABOVE DARK COURSE	16/2/19 NECK LINE + NECK + BACK (NECK) DARK, COURSE	13/4/19. BEARD + NECK. NAPE DARK COURSE	8/5/19 BEARD + NECK. NAPE	27/06/19. Same
Hair Type	DPI	DPI	NO HAIR	DARK COURSE	DARK IM	DARK / SOFT.
Mode	16J/cm ²	18J/cm ²	12-15 J / 20-25	ND-NACH.	13/16 ms	13/15 ms.
Fluence	BURST	SHORT		20/ds		
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	2	2	1	1	1	1
Starting Time	4 PM	3:30 PM	10:45 AM			
Finish Time	4:15 PM	3:50 PM	11:15 AM	6 PM	4 PM	2:35 PM
Post Treatment	FUCION + ADVANTAN + SEPARATION GELUM	FUCION + DEPANTHEN	FUCION ASUSUE	FUCION NAPE	FUCION DEP	2:45 PM

Therapist Name and Signature B. BASSIE



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001426)

Date:11-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000557 - JUMA Alsuwaidi - 971506309056

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: 11-10-2018

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-001649)

Date: 08-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000557 - JUMA Alsuwaidi - 971506309056

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: 08-11-2018

Being

Made by SARA

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002660)

Date:16-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000557 - JUMA Alsuwaidi - 971506309056

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 16-02-2019

Being BEARD LINE + NECK (DEKA) + BACK NECK +VAT

Made by Hiba

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-0033310)

Date: 11-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000557 - JUMA Alsuwaidi - 971506309056

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 11-04-2019

Being BEARD LINE/NECK/NAPE + 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 : 1000557 - JUMA Alsuwaidi - 971506309056

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,102.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003328)

Date: 13-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000557 - JUMA Alsuwaidi - 971506309056

The sum of Dhs. One Thousand One Hundred Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,102.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 13-04-2019

Being FACIAL + 3 SESSION CARBON PKG + 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 : 1000557 - JUMA Alsuwaidi - 971506309056

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003544)

Date:02-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000557 - JUMA Alsuwaidi - 971506309056

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 02-05-2019

Being BEARD LINE + NECK + NAPE + 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 : 1000557 - JUMA Alsuwaidi - 971506309056

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



مركز أوركيديك الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003641)

Date:09-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000557 - JUMA Alsuwaidi - 971506309056

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 09-05-2019

Being **BEARD LINE + NECK + NAPE + 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 : 1000557 - JUMA Alsuwaidi - 971506309056

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,150.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003668

Date: 12-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000557 - JUMA Alsuwaidi - 971506309056

The sum of Dhs. **Three Thousand One Hundred Fifty Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **3,150.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Issuing **ADVANCE FOR 3 FILLERS + 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

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,150.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003890)

Date:01-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000557 - JUMA Alsuwaidi - 971506309056

The sum of Dhs. **Three Thousand One Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **3,150.00**

Bank: Cheque No.

Date: 01-06-2019

Being **PT DID FILLER JAW LINE (1.8) + CHEEKS FILLER (1.2) + 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 :1000557 - JUMA Alsuwaidi - 971506309056

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004218)

Date:27-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000557 - JUMA Alsuwaidi - 971506309056

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: 27-06-2019

Being **BEARD LINE + NECK + 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 : 1000557 - JUMA Alsuwaidi - 971506309056

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

١٤٤١/٠٦/١٥

الموضوع: لا مانع من التصوير و النشر

أنا الموقع أدناه د. محمد خلفان لا مانع لدي من تصوير و نشر صور او فيديو لي تم تصويره داخل مركز اوركيد الطبي على حسابات مركز اوركيد الطبي على وسائل التواصل الاجتماعية و الانترنت ولهم كامل الموافقة في النشر.

الاسم: محمد خلفان

التوقيع: 

ورقة الموافقة على البوتكس

التاريخ: ١٥/٦/٢٠١٩م

أنا السيد/السيدة _____ أؤكد بأنه تم شرح لنا كيفية العلاج باستخدام البوتكس وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه كحال جميع الادوية البوتكس قد يحتوي على آثار جانبية. هذه الردود العكسية قد تكون متعلقة بالعلاج، إما بسبب المنتج أو الفرد، لكن بشكل عام هذه المضاعفات قد تحدث في الأيام الأولى التي تتبع يوم الحقن وتكون بشكل مؤقت. معظم الحالات التي تم تسجيلها تكون بدرجة معتدلة إلى خفيفة. كما هو متوقعة بعد الحقن سوف يكون هناك شعور بالألم وحرق وتيبس وتورم ووزراق.

من الآثار الجانبية الشائعة التي من الممكن حدوثها: صداع، زغلة، احمرار، تراخي بعضلات الوجه وألم في الوجه.

من الآثار الجانبية الغير شائعة: التهاب، غثيان، تميّل، التهاب في الجفن، ألم في العين، عدم رؤية واضحة، جفاف في الفم، تيبس الشفاه، تورم في الوجه وحول العين، حساسية ضد الضوء، تشنج بالعضلات، أعراض الانفلونزا، ضعف وحرارة.

الآثار الجانبية التالية قد تكون نادرة: حكة، طفح جلدي، قشعريرة، أنواع مختلفة من الطفح الجلدي الأحمر، حساسية قوية (تورم وتحديدا في الوجه والمجرى الهوائي مما يسبب صعوبة بالتنفس)، هبوط الحاجب أو الجفن، سماع طنين بالأذن وقلة السمع، حساسية في صعوبة البلع والتنفس والكلام.

لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 4 إلى 6 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح.

إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا أتفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور أو الوصف المرفق
نعم لا

التوقيع: _____

اسم المريض: بسمكة طلال

التوقيع: _____

اسم المعالج: _____



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 829.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-004703

Date: 08-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000557 - JUMA Alsuwaidi - 971506309056

The sum of Dhs. **Eight Hundred Twenty Nine and Five Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **829.50 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Being **ADVANCE FOR BOTOX 790 + 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

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004702)

Date:08-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000557 - JUMA Alsuwaidi - 971506309056

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: 08-08-2019

Being 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 : 1000557 - JUMA Alsuwaidi - 971506309056

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