

File No#: 1000565

Date: 15/5/2018

Patient Name: Manar Ali

اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 20-8-1980

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): U.a.e

Occupation (الوظيفة): \_\_\_\_\_

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): 0503499333

MAIL: \_\_\_\_\_

How Did You Know About Us? Friends

### 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 , عديمة الاسمرار  
3 - قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار  
4- نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار  
5- بشرة داكنة السمرة

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

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

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

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

## إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا Manar Ali بقدمي إلى مركز أوريكيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر الغير مرغوب فيه باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

أنفهم 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 إنباء الشعر.

أنفهم 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 , التتف , الكريمات, وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

نقدت تأقيت 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 النتف قبل العلاج ب6 أسابيع على الأقل.

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

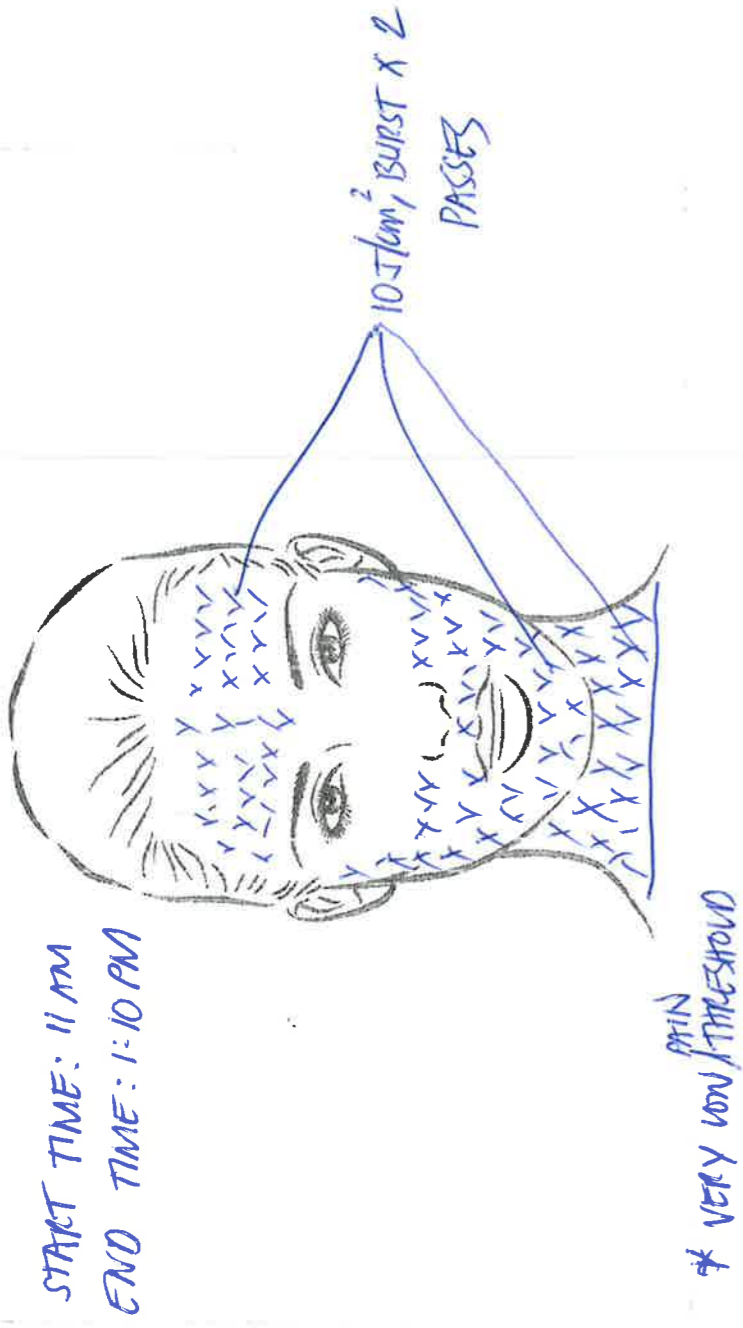
• يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك على العلاجات والحساسية ونوع البشرة.

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

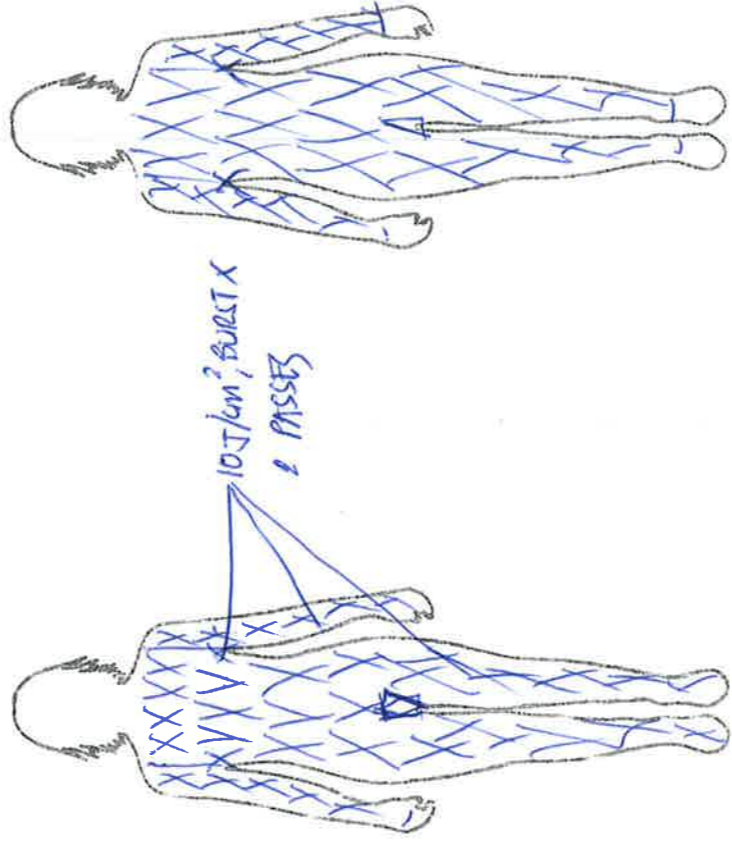
الأعراض الجانبية قد تتضمن احمرار البشرة بما يشبه الحروق. بعض الإنتفاخ والتشقق من الممكن حدوثه. هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ونادراً ما تدوم. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام واقيات الشمس.

Circle areas to be treated:

Other



Front Back



FILE NO#:

PATIENT NAME:

PAYMENT: 2300  
 Dr. G. BAHAR  
 Signature  
 MOH License No.: V1210  
 Specialist - Plastic Surgeon  
 Orchid Medical Centre  
 مركز اوركيد الطبي




DATE	TREATMENT	PAYMENT
15/5/18	1HR FULL BODY 105/cm <sup>2</sup> BURST X 2 PASSES	2300
4/7/18	1HR FULL BODY DP1 + FD MODE	1150
7/8/18	1HR FULL BODY WITH FRONT & BACK	2300
22/10/18	1HR full body with front & back	2300
25/12/18	1HR full body plus	Bees
12/3/19	1HR full body plus VIKNI	Bees
	Pro-facial Paid will Do it later	
9/7/19	1HR full body plus	Face

Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
 Dermatologist  
 MOH License No.: V426  
 Orchid Medical Centre

United Arab Emirates دولة الإمارات العربية المتحدة  
Driving License رخصة قيادة

رقم الرخصة 322314  
الاسم منار علي حسين الفخار  
Name **MANAR ALI HUSSAIN FALAKNAZ**  
Nationality **EMIRATES** الجنسية الإمارات  
Date of Birth 20-08-1980 تاريخ الميلاد  
Issue Date 25-10-2004 تاريخ الإصدار  
Expiry Date 24-11-2024 تاريخ الانتهاء  
Place of Issue **SHARJAH** جهة الإصدار الشارقة

سلطة الترخيص  
RTTR3606  
Licensing Authority





AED 2,317.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000650)	Date:15-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000565 - MANAR ALI - 971503499333		
The sum of Dhs. Two Thousand Three Hundred Seventeen Only		
By Cash 2,317.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 15-05-2018
Being		
Made by Ghada		

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

www.omc1.ae

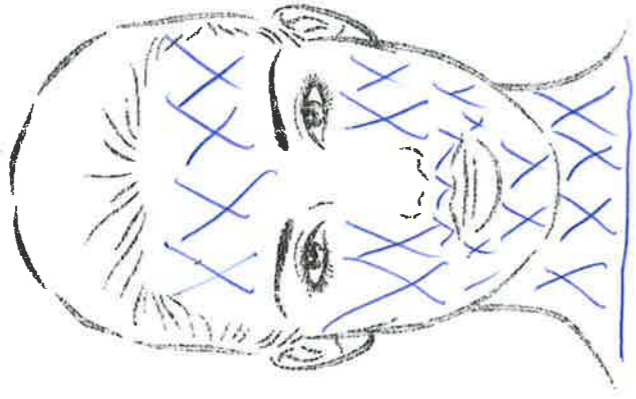
*Manar Ali*

Circle areas to be treated:

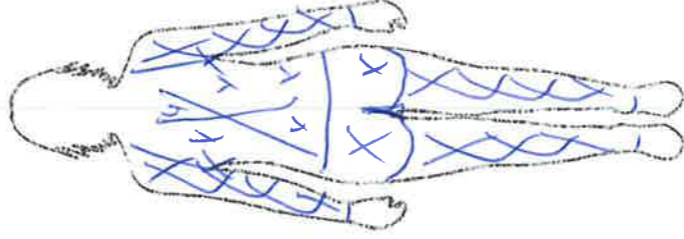
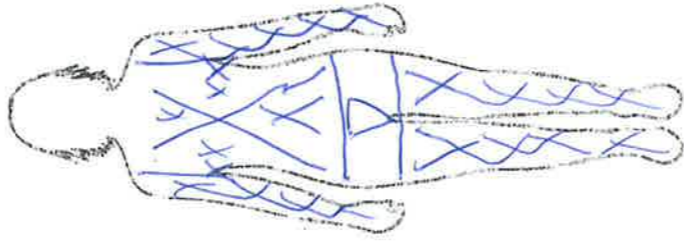
Other

4/7/18

LHR Full Body  
DP1 + FDP MODE

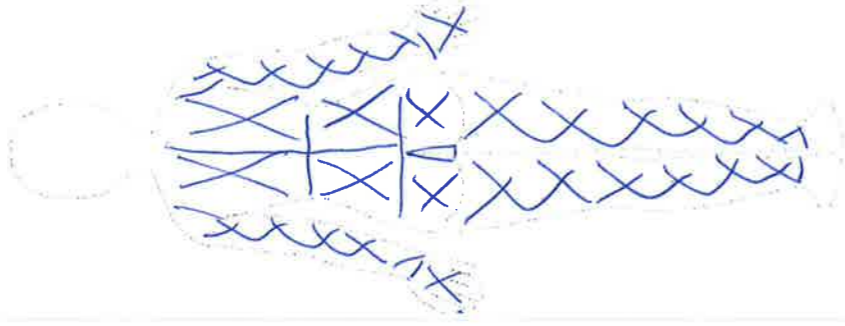
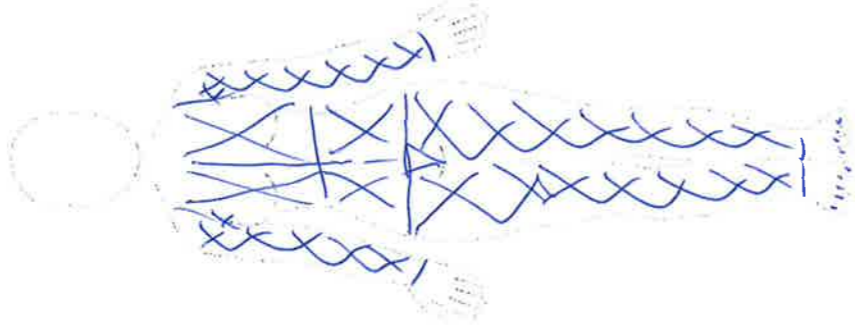
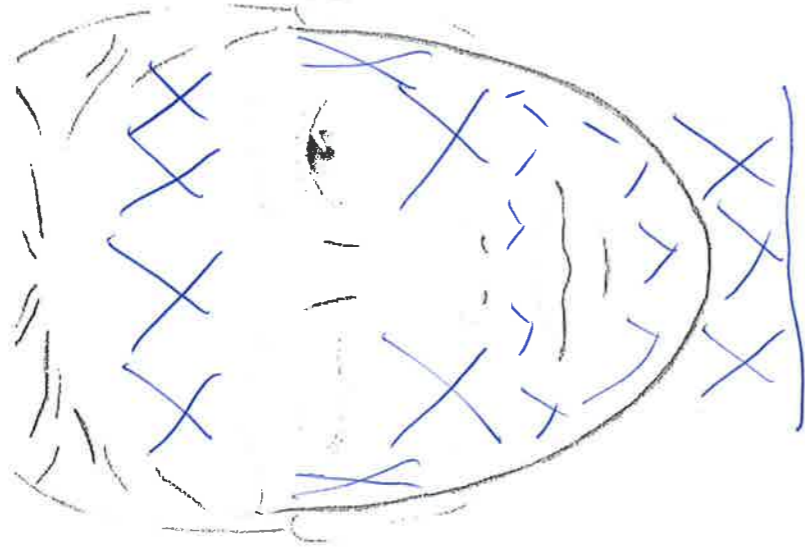


A STILL IN PAIN



Patient's Name: MANAR ALI .....:اسم المريض  
 File Number: 1000565 .....  
 Pain Relief given? Yes / No .....  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No .....  
 Pretreatment photography taken? Yes / No .....

رقم الملف .....



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	9/8/18	22/10/18	25/12/18	12/3/19	9/7/19	
Treatment Area	FULL BODY	Full body	Full body	Full BODY	full body	
Hair Type	DARK, COARSE	Dark, coarse	Dark, coarse	M/DARK	M/DARK	
Mode	DPI, FDP	DPI FDP	DPI FDP	DPI FDP	DPI FDP	
Fluence	10J/cm <sup>2</sup> , 5J/cm <sup>2</sup>	12J 5J	10J 5J	10-12J 5J	16J 6J	
Pulse Type	BURST, SHORT	BURST SHORT	BURST SHORT	BURST 8HRT	BURST SH	
CNT Pulse						
Passes	2, 1	2, 1	2	2	2	
Starting Time	10:30 AM	11 AM	10:45	10-10 AM	2:30 PM	
Finish Time	1 PM	1 PM	12:45 PM	11:45 AM	4:15 PM	
Post Treatment						

Therapist Name and Signature .....  
BESSIE .....





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,150.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001020)

Date:09-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000565 - MANAR ALI - 971503499333

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

By Cash 1,150.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 09-08-2018

Being AGAINST INVOICE NO: 687

Made by Ghada

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



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,207.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001503)

Date:22-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000565 - MANAR ALI - 971503499333

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,207.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 22-10-2018

Being

Made by  SARA

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,150.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002055)

Date:25-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000565 - MANAR ALI - 971503499333

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,150.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Date: 25-12-2018

Being **LAST SESSION IN THE PACKAGE**

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,470.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002944)

Date:12-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000565 - MANAR ALI - 971503499333

The sum of Dhs. One Thousand Four Hundred Seventy Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 1,400.00 / By Credit Card 70.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 12-03-2019

Being FULL BODY PLUS VIKINI + PRO FACIAL + 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 : 1000565 - MANAR ALI - 971503499333

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

[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004365)

Date:10-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000565 - MANAR ALI - 971503499333

The sum of Dhs. Seven Hundred Thirty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 735.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 10-07-2019

Being FULL BODY PLUS VIKINI 1050 + VAT PT PAID ON 12-3-2019 FOR FACIAL BUT NOT DONE TRASFER THE MONEY FOR FULL BODY LASER

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 : 1000565 - MANAR ALI - 971503499333

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