

File No#: 1000566

Date: 15/5/2018

Patient Name: Laila Abdullah

اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 14/11/1984

Gender (الجنس): M /  F

Nationality (الجنسية): u.a.e

Occupation (الوظيفة): \_\_\_\_\_

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): 050-7777399

S. MAIL: \_\_\_\_\_

How Did You Know About Us? Instegram

### التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

\*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

1- ما هو الوصف الأنسب 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 ظهرة لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟  نعم  لا

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

4- هل تناولت عقار "الأكويتان / الایسوتریتونین" خلال الست أشهر الماضية؟  نعم  لا

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

نعم  لا

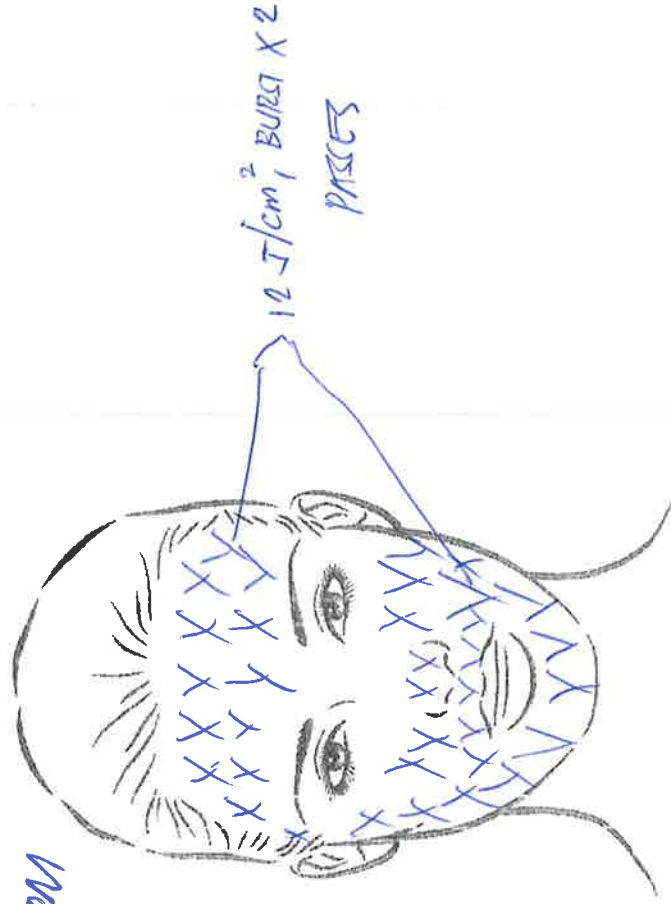


Circle areas to be treated:

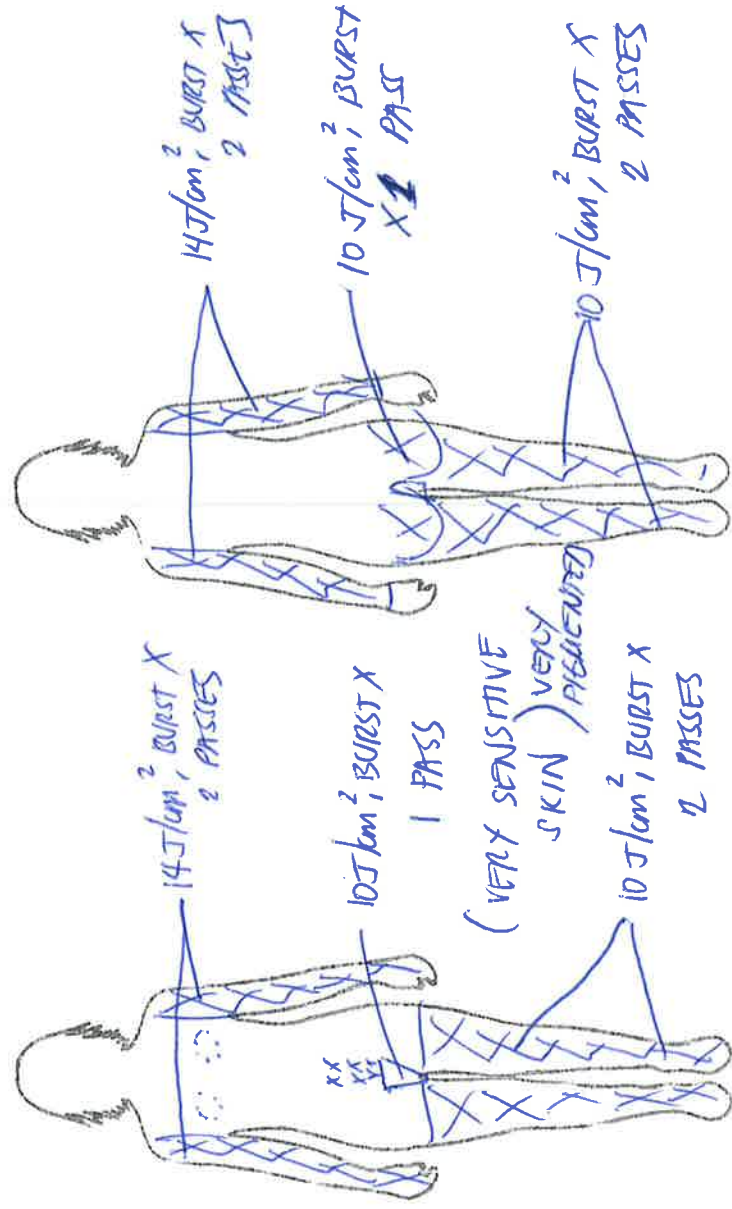
Other

15 MAY 2018

START TIME: 2 PM  
END TIME: 3:30 PM  
LHR FULL BODY WITHOUT  
FRONT & BACK



\* LOW PAIN TOLERANCE



\* MEBO CREAM POST TREATMENT



## تعهد

أتعهد انا السيدة / ليلي عبد الله .. أمارتية الجنسية بأحضار هويتي الاماراتية لمركز أوركيد الطبي خلال الجلسة القادمة وهذا تعهد مني بذلك .



مقدمه من/

ليلي عبد الله



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,217.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000651)	Date:15-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000566 - LAILA ABDULLAH - 971507227399		
The sum of Dhs. One Thousand Two Hundred Seventeen Only		
By Cash 1,217.00 / 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