

File No#: 1000574.

Date: 19-05-2018.

Patient Name: Hessa AL Teneiji

اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 16-2-1995

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): u.a.e

Occupation (الوظيفة): \_\_\_\_\_

Marital Status (الحالة الاجتماعية): single

Phone No. (رقم الهاتف): 050-1401250

EMAIL: \_\_\_\_\_

How Did You Know About Us? \_\_\_\_\_

### 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
- 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 "الايكوتان / الايسوترينوتين " 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

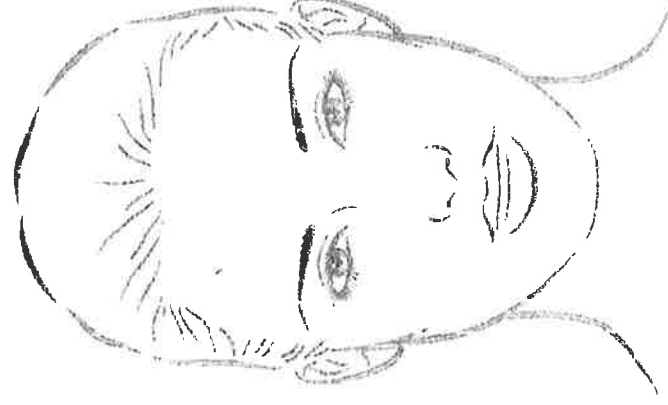


Circle areas to be treated:

Other

19 MAY 2018

LTR UNDERARM + HALF ARMS



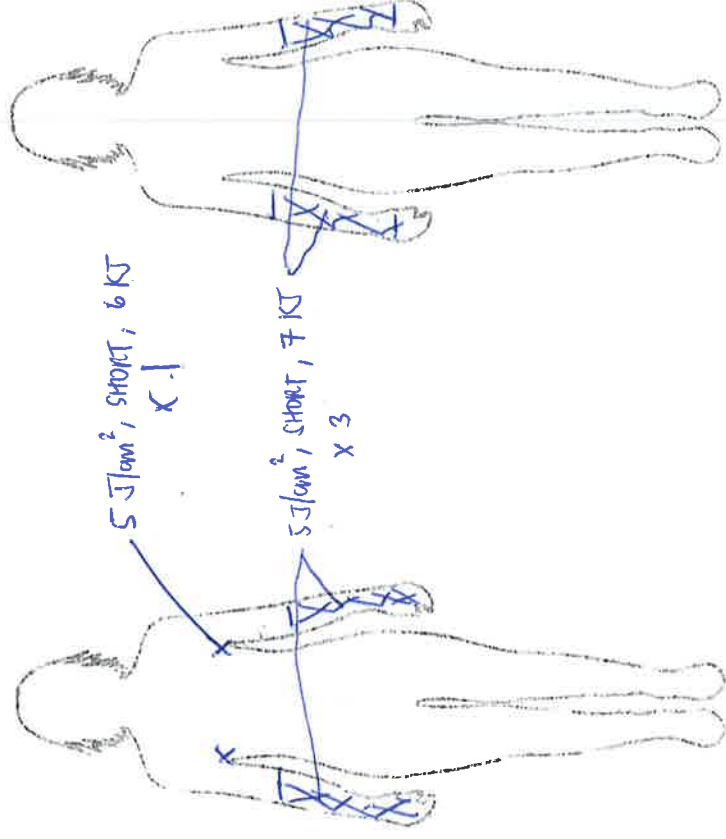
START TIME: 3:15 PM

END TIME: 3:45 PM

FDP MODE

Front

Back





REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxo

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Hessa,Obaid,Rashid,Abdelrahman,Alteneiji	IDN:	784199506293259	Mother Name:	Mariam Mohamed Abdulla Ayoun
Name (Ar)	حصه عبيد راشد عبدالرحمن الطنيجي	Card Number:	087797292	Mother Name (Ar):	مريم محمد عبدالله عيون
Title:		Nationality (Ar):	ARE الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	301013810
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	
Issue Date:	20/02/2018	Date of Birth:	16/02/1995	Sponsor Name:	
Expiry Date:	20/02/2028	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>

5/19/2018



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 400.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000663)	Date:19-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000574 - HESSA AL TENEJI - 971501401250		
The sum of Dhs. <b>Four Hundred Only</b>		
By Cash <b>400.00</b> / By Credit Card <b>0.00</b> / By Cheque <b>0.00</b> / By Bank Transfer <b>0.00</b> / By Allocated <b>0.00</b>		
Bank:	Cheque No.	Date: 19-05-2018
Being		
Paid 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)