

File No#: 1000597

Date: 26/5/2018

اسم المريض:

Patient Name: Aisha Ibrahim Ali

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 6/3/1996

Gender (الجنس): M

Nationality (الجنسية): Iran

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Phone No. (رقم الهاتف): 055910680

E.MAIL:

How Did You Know About Us? Instagram

	Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حالية؟		Yes/No نعم / لا	R
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبّطات للمناعة؟		Yes/No نعم / لا	R
	Allergies هل لديك أي حساسية؟		Yes/No نعم / لا	R
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟		Yes/No نعم / لا	R
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		Yes/No نعم / لا	R
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في التخثر أو تتعاطى أي مميعات الدم؟		Yes/No نعم / لا	R
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، توكميا (سرطان الدم)		Yes/No نعم / لا	R
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى		Yes/No نعم / لا	R
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		Yes/No نعم / لا	R
	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟		Yes/No نعم / لا	R
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		Yes/No نعم / لا	R
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		Yes/No نعم / لا	R
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		Yes/No نعم / لا	R
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		Yes/No نعم / لا	R
Other	Other conditions: HIV, etc. هل تعاني من أي أمراض أخرى: فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...etc		Yes/No نعم / لا	R

نموذج إقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أفهم أن من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.

أفهم أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لتنتج العلاج كما أفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أفهم تماماً كثرة الأخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أفهم ان هناك رسوم الأذني يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

ان أي معلومات أقمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أي املاك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي : 

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

Medical Consent Form

I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition, which has been explained to me by the qualified physician.

I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.

I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.

I authorize my treating doctor to perform such procedure, which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as to a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment, there are also risk and hazards to the performance of the diagnostic and /or surgical procedure. I realize that common surgical or diagnostic procedure are potential for an infection, swelling, bleeding and allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full after the completion of each treatment.

I understand that any information that I provide regarding my medical status will be kept completely confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that form has been fully explained to me and that I have read it understand its contents.

Patient Signature/ Guardian (In case of minors):

Date:

Dentist Signature:

For Doctor's Use Only لا استعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: Scaling & Polishing
in package

Medical History السجل الطبي

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

Habits: Smoking: Y/N Y Alcohol: Y/N Y Drugs: Y/N _____

Remarks: _____

Clinical Findings: _____

Radiography: _____

Examination : _____

Diagnosis: Gingivitis

AED 1,500.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000686)	Date:26-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000597 - AISHA IBRAHIM ALI - 971559010680		
The sum of Dhs. One Thousand Five Hundred Only		
By Cash 1,500.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No	Date: 26-05-2018
Being		
Made by Ghada		

101 - 971559010680, Fax: -97155288130, e-mail: info@clinicsoft.com



File No#: 1000594

Date: 26/05/18

Patient Name: Aisha Ibrahim Ali

اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 06/03/1996

Gender (الجنس): M / (F)

Nationality (الجنسية): ليبيا

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): متزوج

Phone No. (رقم الهاتف): 055/90/6680

MAIL: aisham211@hotmail.com

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 , عديمة الاسمرار

3 - قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار

4- نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار

5- بشرة داكنة السمرة

2- هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جرة؟ نعم لا

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

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

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

نموذج إقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التخصصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أفهم أن من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.

أفهم أنه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أفهم ان هنالك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أفهم تماما كافة الأخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية، و أفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أفهم ان هناك رسوم بالحد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

إن أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امثلك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

علاء الدين

توقيع المريض / الوصي :

26/5/2018

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition, which has been explained to me by the qualified physician.

I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.

I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.

I authorize my treating doctor to perform such procedure, which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as to a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment, there are also risk and hazards to the performance of the diagnostic and /or surgical procedure. I realize that common surgical or diagnostic procedure are potential for an infection, swelling, bleeding and allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full after the completion of each treatment.

I understand that any information that I provide regarding my medical status will be kept completely confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that form has been fully explained to me and that I have read it understand its contents.

Patient Signature/ Guardian (In case of minors):

Date:

Dentist Signature:

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا عائشة البرهم علي بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج
جهاز ليزر ال Q-Switch باستخدام

■ التقشير الكروني باستخدام لوشن الكربون يتبعه التقشير بالليزر هو أحد الإستطيات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشذوذ الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، احمرار الجلد، إزالة التصبغات (البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تتبع الحبوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح 3-5 جلسات معظمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 اشهر.

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكربون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكربون مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف وزيادة التصبغات بعد الإلتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تقشير الشعر.

. إزالة فطريات الاضافر (الوضع A)

. بئر إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكوتان) خلال ال6 اشهر الماضية.

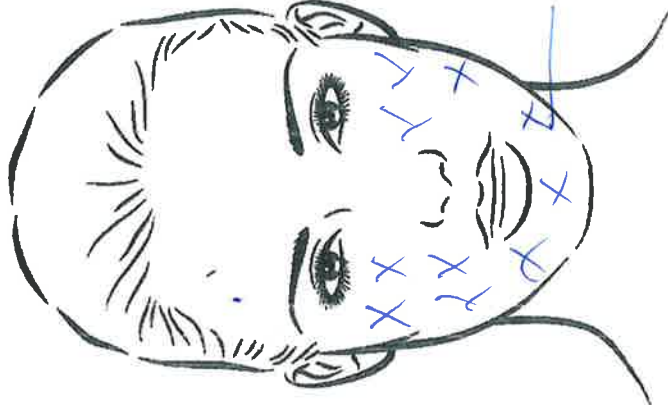
. الحمل والرضاعة.

Circle areas to be treated:

Other _____

May 26, 2018 - Full Body LHR S F BACK
 S Face
 S Bikini

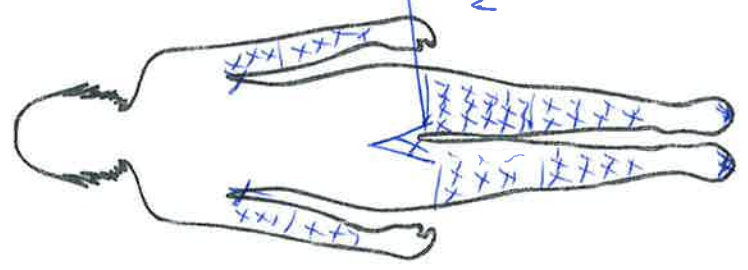
Time start: 1:30 pm
 Time Finish: 3:40 pm



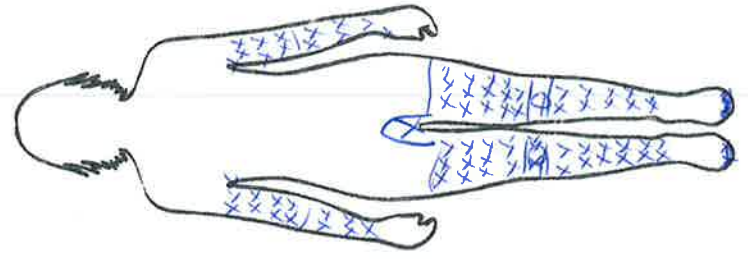
→ carbon peel c
 → FR @ 200
 @ 10G4 @ 400/cu
 PTO @ 400-500/cu 2

20/11/18
 Alex 6/15

Front



Back



20/11/18
 NO VAG - 11/12/18



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,500.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000686)	Date:26-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000597 - AISHA IBRAHIM ALI - 971559010680		
The sum of Dhs. One Thousand Five Hundred Only		
By Cash 1,500.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 26-05-2018
Being		
Je by Ghada		

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

www.omcl.ae

