

File No#: 1000601

Date: 27 MAY 2018

Patient Name: BUDOOR AHMED AL MUTAWA

اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 08 APR 1982

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): UAE

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): 050 30491000

5. MAIL: \_\_\_\_\_

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 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 بسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟  نعم  لا
- 4- هل تناولت عقار "الأكويتان / الإيسوترينوتين" 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

### 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:

### نموذج إقرار طبي

أوافق و اسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و الموئل.

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

وأنا أتفهم 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 الطبية.

أتفهم أنه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هنالك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماماً كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم احتمالية حدوث عوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

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

ان أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني امتلك 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:

## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا \_\_\_\_\_ بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج  
جهاز ليزر ال Q-Switch باستخدام

■ التقشير الكريوني باستخدام لوشن الكريونو يتبعه التقشير بالليزر هو أحد الإستطبايات 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 ب3-5 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 الكريون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكريون مما يستهدف 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:

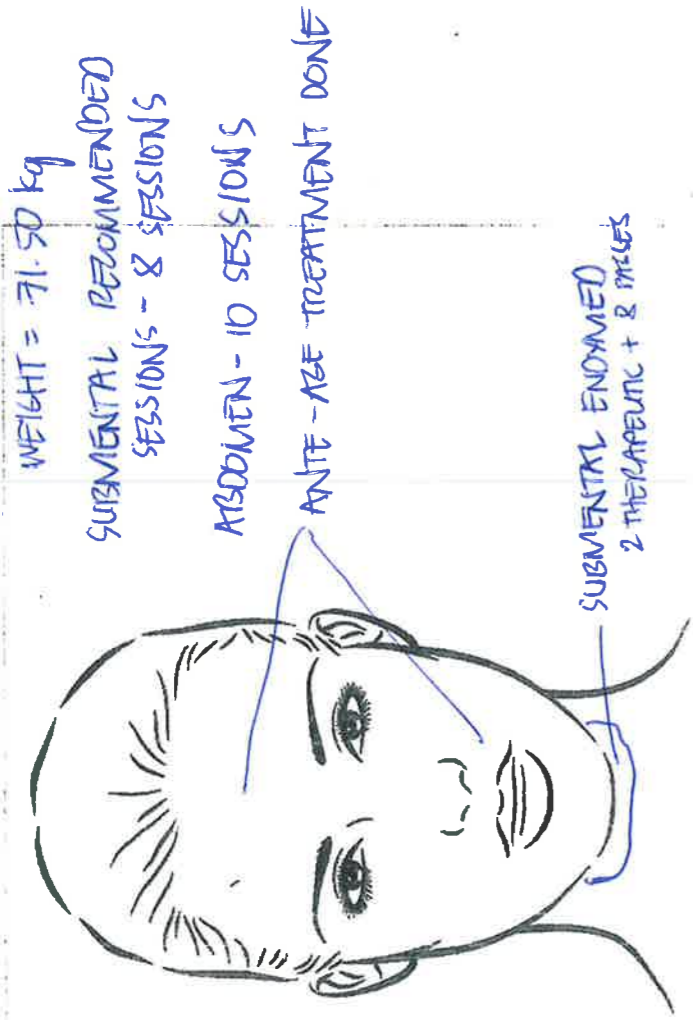
. تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكروتان) خلال ال6 اشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

Circle areas to be treated:

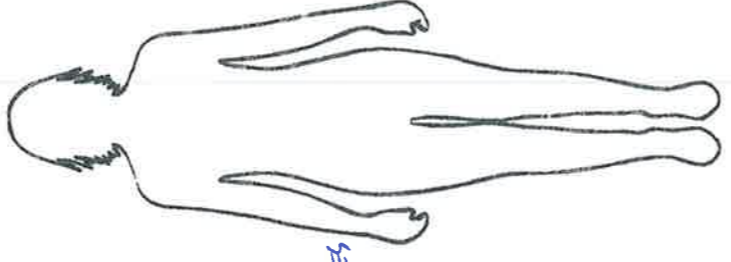
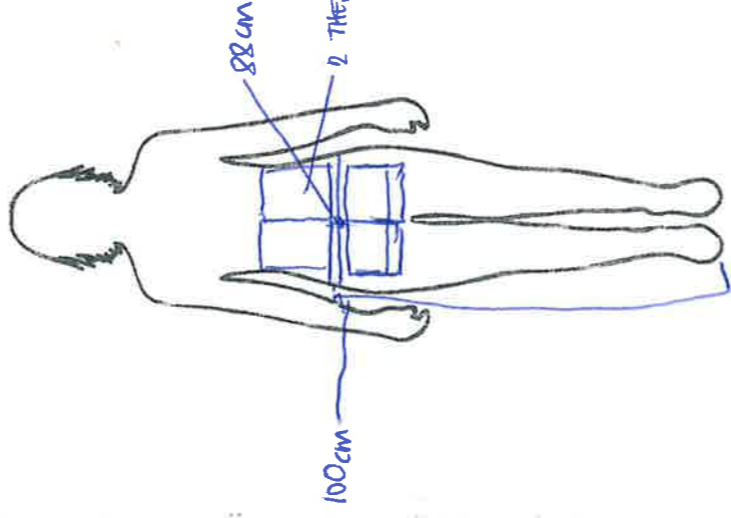
Other BUDOOR AHMED AL MUTAWA

29 MAY 2018



Front

Back







بطاقة موظف  
I.D. CARD  
الاسم: بخور احمد علي المطوع

الوظيفة:  
محاسب

الاسم: **Budoor Ahmed Ali Al Mutawa**

Designation:



Accountant

ادارة الموارد البشرية

Human Resources Department

رقم الهوية: 21539



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 300.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000690)	Date:27-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000601 - BUDDOOR AL MOTAWA - 971503049000		
The sum of Dhs. Three Hundred Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 300.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 27-05-2018
Being		
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 2,500.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000699)	Date:29-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000601 - BUDOOR AL MOTAWA - 971503049000		
The sum of Dhs. Two Thousand Five Hundred Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 2,500.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 29-05-2018
Being		
Made by <b>Ghada KC</b>		

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





تصديق شهادة مرضية صادرة من القطاع الخاص  
Sick Leave Certificate Attestation

**Certification Informations**

Attestation date 09-06-2018  
Attestation Id 273340  
Verification Number CJCMMH  
Document Type Sick Leave  
Issued from Sharjah  
Sick leave issued by private medical facilities licensed by the Ministry of Health and Prevention  
Attestation Type اجازة مرضية  
الشارقة  
الاجازات المرضية الصادرة من المنشآت الطبية الخاصة المرخصة من وزارة الصحة ووقاية المجتمع  
Date from 03-06-2018  
Date To 04-06-2018  
Sick leave period ايام/2 ( 2 )

**Patient Informations**

Patient Name budour ahmed ali almutawa al  
Emirates ID 784-1982-2859247-7  
التشخيص

**Diagnosis**

gingival abscess that caused facial swelling and redness and pain in the same area

**Facility Informations**

Facility Name ORCHID MEDICAL CENTRE  
Speciality Dental General Practitioner  
Doctor Name: AbedAlhaleem Almaradawi  
مركز أوركيذ الطبي  
طبيب اسنان عام  
عبدالحليم المرادوي

**Payment**

Amount 54.06 AED  
Receipt No. 81080675897  
Payment Date 6/10/2018 3:33:13 PM



Remarks :  
This Certificate is attested by Ministry of health & Prevention  
and Any modification will invalidate this certificate

ملاحظات  
هذه الشهادة مضممة من قبل وزارة الصحة ووقاية المجتمع  
واي تعديل في الشهادة يعتبر لاغية

يمكن التأكد من صحة هذه الشهادة عن طريق الاتصال بـ (80011111) باستخدام رقم التصديق و كود الشهادة المبين أعلاه  
For verification of this certificate, please use the attestation number and verification code mentioned above  
use : <https://smartforms.moh.gov.ae/run/runtime/form/verification> or call (80011111)



تصديق شهادة مرضية صادرة من القطاع الخاص  
Sick Leave Certificate Attestation

Doctor's Signature & Stamp

توقيع الطبيب  
Doctor's Signature

المدير الطبي  
MEDICAL DIRECTOR

توقيع الطبيب وختم المنشأة

ختم المنشأة  
Facility Stamp

Remarks :  
This Certificate is attested by Ministry of health & Prevention  
and Any modification will invalidate this certificate



ملاحظات  
هذه الشهادة مصدقة من قبل وزارة الصحة ووقاية المجتمع  
راى تعديل فى الشهادة تعتبر لاجبة

يمكن التأكد من صحة هذه الشهادة عن طريق الاتصال بـ (80011111) باستخدام رقم التصديق و كود الشهادة المبينين أعلاه  
For verification of this certificate, please use the attestation number and verification code mentioned above  
use : <https://smartforms.moh.gov.ae/run/runtime/form/verification> or call (80011111)

## SICK LEAVE CERTIFICATE

Hospital: **ORCHID MEDICAL CENTER**

Date of issue: **03 JUNE 2018**

Cert No: **OMCI/2018/1014**

Patient's Name: <b>BUDOOR AHMED ALI AL MUTAWA</b>	File Number: <b>1000601</b>
Age: <b>36</b>	Sex: <b>FEMALE</b>

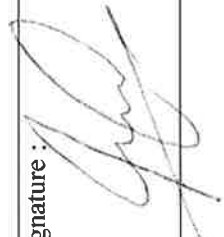

### **Unfitness**

This is to certify that the above patient visited **MEDICAL CLINIC on 03/JUNE/2018**

The patient is unfit to work from **03/JUNE/2018** until **04/JUNE/2018**.

**Diagnosis: Gingival abscess that caused facial swelling and redness and pain in the same area**

### **Comments:**

Doctor's Name: <b>Dr. Abdelhalim Al Mardawi</b>	License Number: <b>D38021</b>
Signature : 	Stamp : 
Dr. Abdelhalim Al Mardawi / Dr. of Dental Surgery.	

### **Notes :**

- 1- Certificate is invalid if any corrections are made.
- 2- Certificate is Valid only if is signed and stamped.
- 3- Certificate is issued at patient's request

للاستعمال الرسمي : نصادق على صحة توقيع وختم الطبيب المذكور المرخص من قبل وزارة الصحة دون تحمل ادارة منطقة الشارقة الطبية اي مسؤولية من محتويات هذا التقرير ( اعتماد قسم التراخيص الطبية بمنطقة الشارقة الطبية )

Sharjah – cornich alkhan – alkhan palace 201 – near petrofac  
Phone : +971 6 555 8337 mobile : +971 50 603 7996