

File No#: 1800643

Date: 14/6/2018

Patient Name: Sheima Daba Jab

اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 5/4/1995

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Syria

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Phone No. (رقم الهاتف): 0503089697

E. MAIL:

How Did You Know About Us? Instagram

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟ (بصنف x, ذان صاسية متوسطة)

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 الحصى أو التقرحات في منطقة العلاج؟ نعم لا

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

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

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا سعاد حياح بقدمي إلى مركز أوركيذ الطبي / الشارقة لإزالة الشعر الغير مرغوب فيه باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها من الأصباغ الموجودة في بصليات الشعر وتعطل قدرتها على إنماء الشعر.

أتفهم 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 .

لقد تلقيت 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 التتف قبل العلاج ب6 أسابيع على الأقل.

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

يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا 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 ستلاشى خلال بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع وندرا ما تدوم. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام واقيات الشمس.

أقر أن أي صور قد يتم التقاطها للعلاج ستبقى مجهولة الهوية و قد يتم استخدامها للأغراض العلمية والإعلامية.

أقر انه قد أتحت لي الفرصة للاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أني قد قرأت وفهمت محتوى هذا الإقرار. و أني تجاوزت الثامن عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حالة عدم بلوعي السن القانوني قبل إجراء العلاج.

التاريخ: _____

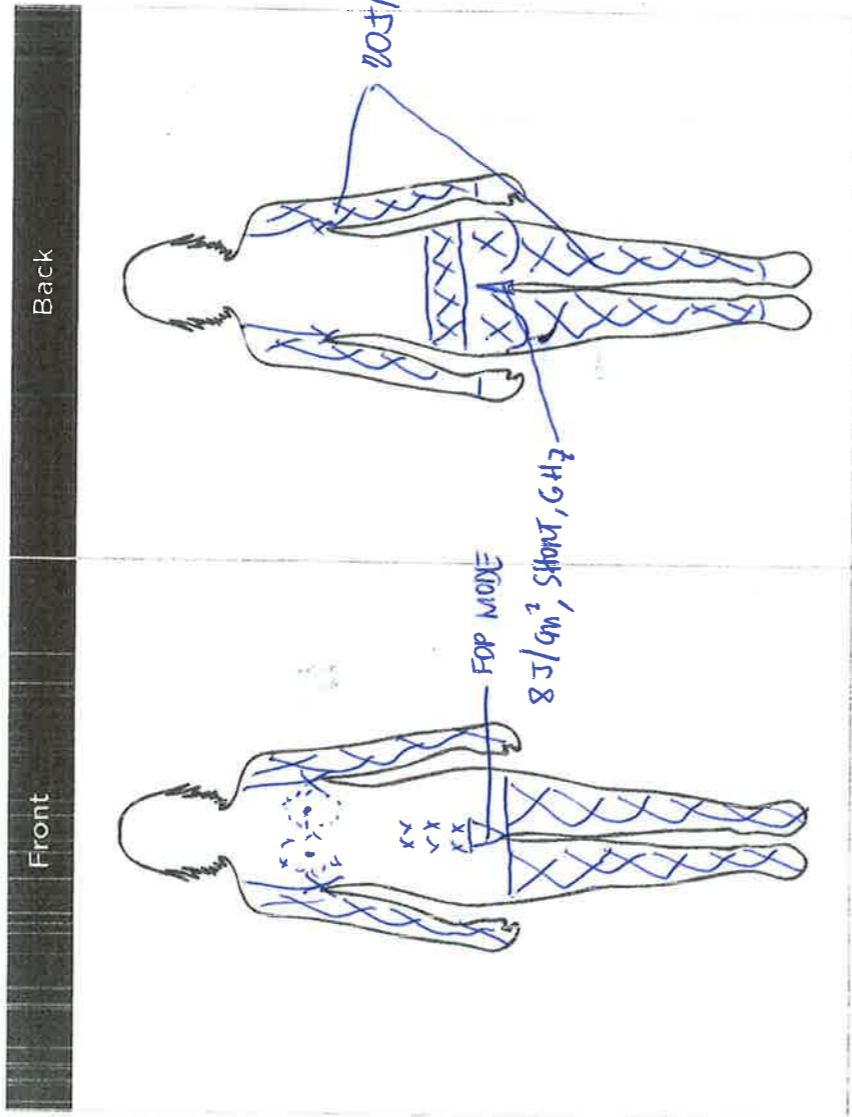
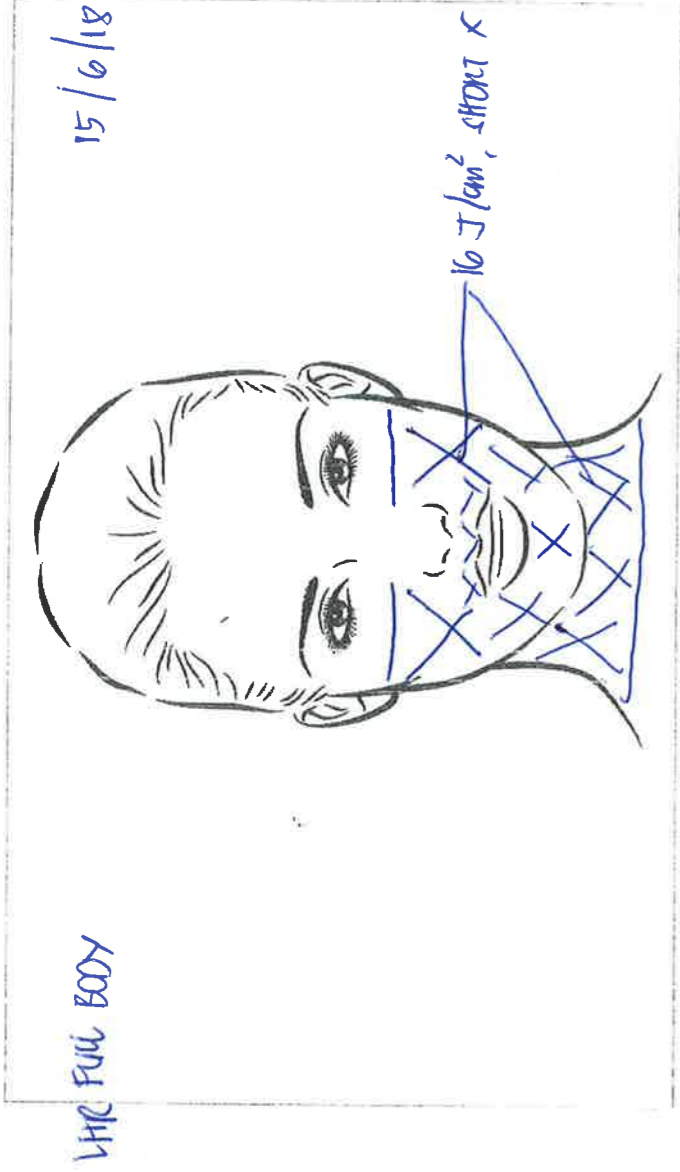
الاسم: سعاد حياح

توقيع المريض: سعاد حياح

توقيع ولي أمر المريض(من هم دون السن القانوني): _____

بشهادة: _____

Other





مركز أوركيديك الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,207.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000776)

Date:14-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000643 - SHEIMAA DABAJAH - 971503089697

The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **1,207.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 14-06-2018

Being

Made by **Ghada**

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

www.omcl.ae

File No#: 1000043

Date: 10/06/18

Patient Name: SHEHMAA OABAJAH

اسم المريض:

Date of Birth (الميلاد): 05/04/1995

Gender (الجنس): M / (F)

Nationality (الجنسية): SYRIAN

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الإحصاع): Single

Phone No. (رقم الهاتف): 0503089696

E.MAIL: shaima.ayman45@yahoo.com

How Did You Know About Us?

	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 حثيثاً؟		Yes/No نعم / لا	✓
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟		Yes/No نعم / لا	✓
	Allergies هل لديك أي حساسية؟		Yes/No نعم / لا	✓
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي امراض؟		Yes/No نعم / لا	✓
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب		Yes/No نعم / لا	✓
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		Yes/No نعم / لا	✓
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، انيميا (فقر الدم)		Yes/No نعم / لا	✓
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى		Yes/No نعم / لا	✓
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟		Yes/No نعم / لا	✓
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للنساء: هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تتعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		Yes/No نعم / لا	✓
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى		Yes/No نعم / لا	✓
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟		Yes/No نعم / لا	✓
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟		Yes/No نعم / لا	✓
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض الغدة الدرقية؟		Yes/No نعم / لا	✓
Other	Other conditions: HIV...etc فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط...etc		Yes/No نعم / لا	✓

نموذج إقرار طبي

وافق وسمح للطبيب بعلاج حثي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و
توهم.

أفهم انه من اجي تزويدي بالعلاج الامن و
الخدمة الافضل، فإن بعض التشخيصات و
الاجراءات الطبية الاضيق سوف تكون ضرورية
لاستكمال العلاج.

وانا افهم ان من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال
العلاج حالات اخرى او مختلفة عن ما ذكر في
الفحص الاولي، والتي قد تتطلب اجراءات اشدقية
او مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض للطبيب المعالج باجراء العلاجات اللازمة
و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.

أفهم انه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين
لنتائج العلاج كما أفهم ان هناك مخاطر نتيجة عن
عدم استكمال علاج حثي المرضية، و افهم تمام
كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و
الاجراءات العلاجية و الجراحية، و افهم اخطائية
حذوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة
للنحصر أو الاجراء الطبي

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

ان اي معلومات قدمها بخصوص حثي الصحية
سببتي سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون
موافقتي.

أقر اني امالك 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 :

تاريخ:

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:

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO*

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED 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	Sheimaa,Ayman,,Dabajah	IDN:	784199518485752	Mother Name:	
Name (Ar)	شيماء ايمن دباحه	Card Number:	082966157	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		الجنسية العربية السورية			
Issue Date:	12/04/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	08/04/2019	Date of Birth:	05/04/1995	Sponsor Name:	ايمن مصطفى دباحه
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	10668491
Residency Type:	03	Residency Number:	20120053075350	Residency Expiry:	08/04/2019
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

6/10/2018

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: Teeth are yellowish

Medical History السجل الطبي

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

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

Remarks: _____

Clinical Findings: _____

Radiography: _____

Examination : _____

Diagnosis: Stains in teeth



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000746)

Date: 10-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000643 - SHEIMAA DABAJAH - 971503089697

The sum of Dhs. **One Thousand Fifty Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **1,050.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 10-06-2018

Being

Made by **Ghada**

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

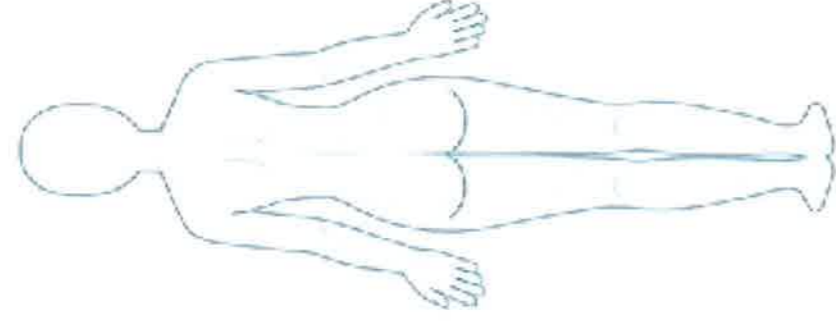
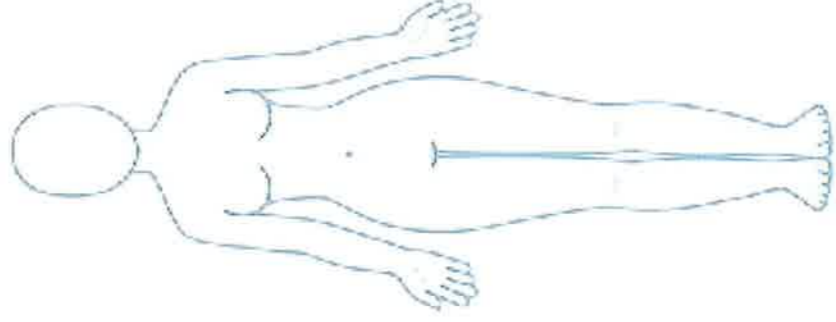
Patient's Name: SHEIMMA

File Number: 10006643

Pain Relief given? Yes / No

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	24/6/19	21/11/19	18/02/20			
Treatment Area	Full Body	Full Body - Full body + Soft D	Full body - Full body + Alex 20			
Hair Type	Soft ID	Soft D	Alex 20			
Mode	Alex (CO2)	Alex 20	Alex 20			
Fluence	9/10ms	9/10ms	9J/10-10.5			
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	1	1	Bikini-8J/12ms			
Starting Time	6:35 pm	4:35 pm	10:45 AM			
Finish Time	7:40 pm	5:35 pm	12 pm			
Post Treatment						

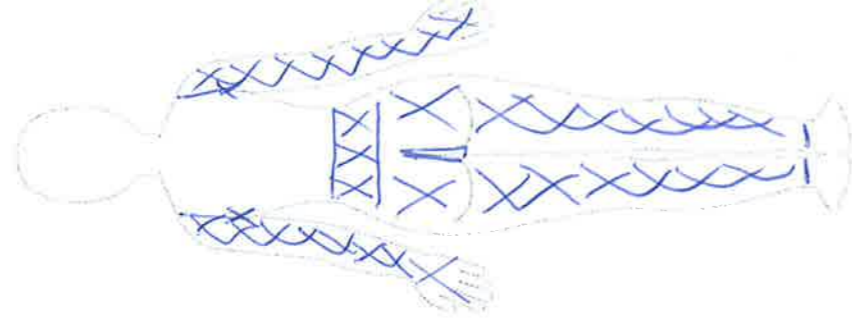
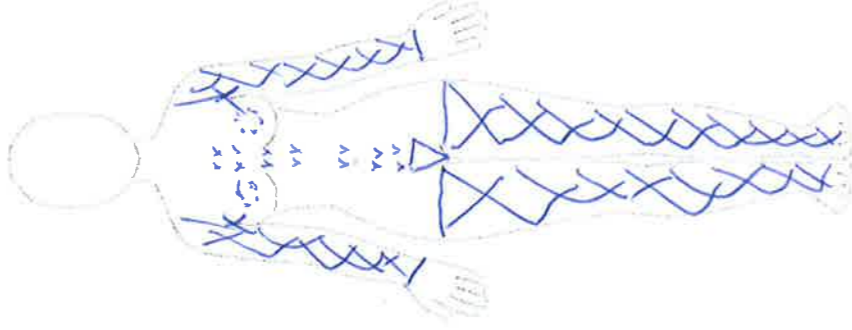
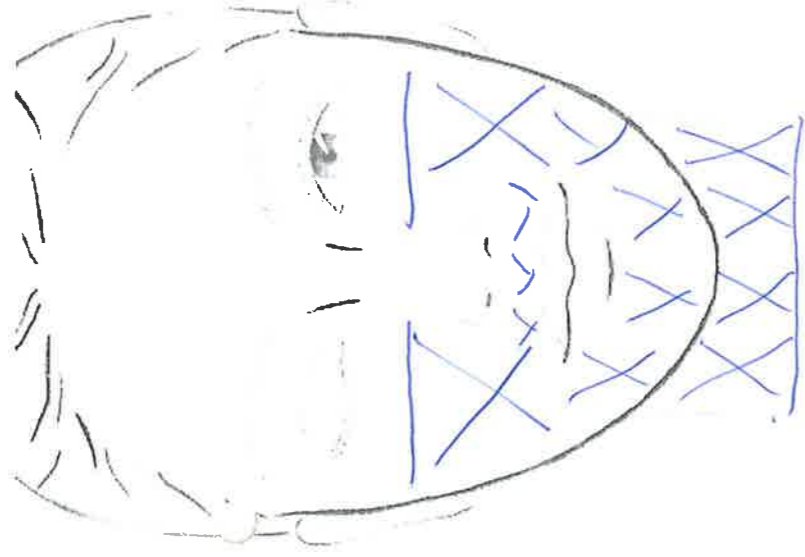
Signature

Therapist Name and Signature

Patient's Name: SHEIKHA DAFSA JAH
 File Number: 1000043
 رقم الملف:

اسم المريض:

Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



DETA

Treatment Date	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
12/7/18	18/8/18	27/8/18	3/10/18	19/11/18	24/12/18	15/5/19
FULL BODY DARK, COURSE	FULL BODY DARK, COURSE	FULL BODY DARK, COURSE	FULL BODY DARK, COURSE	FULL BODY DARK	FULL BODY MEDIUM	FULL BODY THIN SORT
OP1 + FDP 20 J/cm ² , 7 J/cm ²	OP1, FDP 20 J/cm ² , 7 J/cm ²	OP1, FDP 20 J/cm ² , 7 J/cm ²	OP1, FDP 20 J/cm ² , 7 J/cm ²	OP1, FDP 20 J/cm ² , 7 J/cm ²	OP1, FDP 20 J/cm ² , 7 J/cm ²	OP1, FDP 20 J/cm ² , 7 J/cm ²
SHORT	SHORT	SHORT	SHORT	SHORT	SHORT	SHORT
CNT Pulse	1	1-2	1	2	2, 1	1
Passes	6 PM	4:20 PM	12:40 PM	6:30	6:40 PM	7 PM
Starting Time	8:15 PM	6:30 PM	2:15 PM	8:30	9:10 PM	8:45 PM
Finish Time						
Post Treatment	ADVISED TO PUT ALOE VERA GEL					FULL CONTACT BUSSIE

Therapist Name and Signature: BUSSIE JAH



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000925)

Date:18-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000643 - SHEIMAA DABAJAH - 971503089697

The sum of Dhs. **Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **997.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **18-07-2018**Being **FULL BODY LHR PKG 6 SESSIONS (SECOND SESSION DONE)**Made by **Ghada** against **invoic no: 2007**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,000.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001745)

Date: 19-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000643 - SHEIMAA DABAJAH - 971555076667

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,000.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 19-11-2018

Being AGAINST INVOICE NUMBER 2007

Made by SARA *SARA*

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001130)

Date: 27-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000643 - SHEIMAA DABAJAH - 971555076667

The sum of Dhs. **Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **997.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 27-08-2018

Being **AGAINST INVOICE NO : 2007**

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001350)

Date:03-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000643 - SHEIMAA DABAJAH - 971555076667

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

By Cash **1,000.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 03-10-2018

Being **AGAINST INVOICE NO:2007**

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 945.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006270)

Date:30-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000643 - SHEIMAA DABAJAH - 971555076667

The sum of Dhs. Nine Hundred Forty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 945.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 30-11-2019

Being FULL BODY PLUS + 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 : 1000643 - SHEIMAA DABAJAH - 971555076667

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

782.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002052)

Date:24-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000643 - SHEIMAA DABAIAH - 971555076667

The sum of Dhs. Seven Hundred Eighty-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 782.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-12-2018

Being AGAINST INVOICE NO:2007

Made by Ghada

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 945.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002954)

Date:12-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000643 - SHEIMAA DABAJAH - 971555076667

The sum of Dhs. **Nine Hundred Forty-Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **945.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 12-03-2019

Being **FULL BODY DEKA + VAT**Made by **Hiba**

- 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 :1000643 - SHEIMAA DABAJAH - 971555076667

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

12/3/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002955

Date: 12-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000643 - SHEIMAA DABAJAH - 971555076667

The sum of Dhs. **Two Hundred Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **200.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: _____ Cheque No. _____ Date: _____

Being **ADVANCE 200 DHS FOR NEXT SESSION FULL BODY DEKA**Made by **Hiba**

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

12/3/2019



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 945.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004195)

Date:25-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000643 - SHEIMAA DABAJAH - 971555076667

The sum of Dhs. **Nine Hundred Forty-Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **945.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 25-06-2019

Being **FULL BODY + VAT**Made by **Hiba**

- 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 : 1000643 - SHEIMAA DABAJAH - 971555076667

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