

File No#: 1000645 Date: 10/06/18

اسم المريض:

Patient Name: MARYAM ALMATAOUSHI

Gender (الجنس): M / F

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 21/05/1997

Occupation (الوظيفة): _____

Nationality (الجنسية): UAE

Phone No. (رقم الهاتف): 0505299940

Marital Status (الحالة الاجتماعية): _____

E-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 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 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 أي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكورتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟
نعم ___ لا ___

نموذج إقرار طبي

أوافق و أسمح لطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و الموهل.

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 يكشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

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

أفهم انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لتتبع العلاج كما أفهم ان هنالك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أفهم تماما كفة الاخطار الناتجة 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 هنك رسوم لنحذ الأثني يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

ان أي معلومات أقميا بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني امثلك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بتكامل 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:

United Arab Emirates



دولة الإمارات العربية المتحدة

Identity Card

بطاقة هوية



رقم الهوية / ID Number
784-1997-3761876-3



الإسم: مريم خالد جاسم بن شقراء
المطرووشي

Name: Maryam Khaleed Jassem Binshaqra
Almatrooshi



الجنسية: الإمارات العربية المتحدة

Nationality: United Arab Emirates

الجنس: أنثى / Sex: F

تاريخ الولادة / Date of Birth: 21/05/1997

التوقيع / Signature

تاريخ الإنتهاء / Expiry Date
15/10/2022

رقم البطاقة / Card Number
085811681

2717946/01

0A000047D6541375

نفس العثور على هذه البطاقة الرجاء إرسالها إلى حوثة
إصدارها أو إلى أقرب مركز شرطة
If you find this card, please return it to the issuing
organization or to the nearest police station

IDARE0858116816784199737618753
9705216F2210159AREK<<<<<<<<<<<<1
ALMATROOSHI<<MARYAM<KHALED<JAS



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000749)

Date:11-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000645 - MARYAM ALMATROOSHI - 971505299940

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: **11-06-2018**

Being

Made by **Ghada**

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

www.omcl.ae

File No#: 10001045

Date: 10/06/18

اسم المريض

Patient Name: MARYAM ALMATAOOSH

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 21/05/1994

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): UAE

Occupation (الوظيفة): _____

Marital Status (الحالة الاجتماعية): _____

Phone No. (رقم الهاتف): 0505299940

E.MAIL: _____

How Did You Know About Us?

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint:

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: _____

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 المؤهل.

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

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

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

أتفهم انه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لتنتج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم احتمالية حدوث عوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم 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 أقدّمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امتلاك 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 :

10/06/2020

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

United Arab Emirates



دولة الإمارات العربية المتحدة

Identity Card

بطاقة هوية



رقم الهوية / ID Number
784-1997-3761875-3



الإسم: مريم خالد جاسم بن شقراء
المطروشي

Name: Maryam Khaled Jasem Binshaqra
Almatrooshi

الجنسية: الإمارات العربية المتحدة
Nationality: United Arab Emirates

الجنس: أنثى / Sex: F

تاريخ الولادة / Date of Birth: 21/05/1997

التوقيع / Signature

تاريخ الإنتهاء / Expiry Date
15/10/2022

رقم البطاقة / Card Number
085811681

2717946/01

0A000047D6541375

عند العثور على هذه البطاقة الرجاء إرسالها إلى جهة إصدارها أو إلى أقرب مركز شرطة
If you find the card, please return it to the issuing organization or to the nearest police station.

IDARE0858116816784199737618753
9705216F2210159ARE<<<<<<<<<<<<1
ALMATROOSHI<<MARYAM<KHALED<JAS

DOCTOR NOTE



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000749)

Date:11-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000645 - MARYAM ALMATROOSHI - 971505299940

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: 11-06-2018

Being

Made by Ghada

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