

File No#: 1000647

Date: 10/6/2018

اسم المريض

Patient Name: Mohamed Dabaja

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 20/6/1997

Gender (الجنس): (M) / F

Nationality (الجنسية): Syria

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 050 3424 252

E.MAIL:

How Did You Know About Us?

Facebook

Weight: _____

Height: _____

Blood Type: _____

Chief Complaint:

السجل الطبي Medical History

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 أسمح 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 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.

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

أتفهم انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هنالك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم احتمالية حدوث عدوى 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.

إن أي معلومات أقدّمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الإطلاع 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:

DOCTOR NOTE

CONSULTATION ABOUT
MOL ON THE FACE
LOOK LIKE ATHEROMA.
PATIENT DIN + SURVE
PROCEDURE FOR ATHEROMA
SUR MONTHS A: GO, AFTER
TREAT CULTURAL PRESENT
WREST AND ATHEROMA PAT 6 50
GABA ADVICE AND TO AMBIBAR
AFTER 6 MONTHS.



REDAD DATA

cAEAI0EBBAA830DQxO*

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	Mohammed,Ayman,,Dabajah	IDN:	784199742581434	Mother Name:	
Name (Ar)	محمد,ايمن,,دباجة	Card Number:	088948848	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	07/05/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	09/04/2019	Date of Birth:	20/06/1997	Sponsor Name:	ايمن مصطفى دباجة
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	10668491
Residency Type:	03	Residency Number:	20120053075347	Residency Expiry:	09/04/2019
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



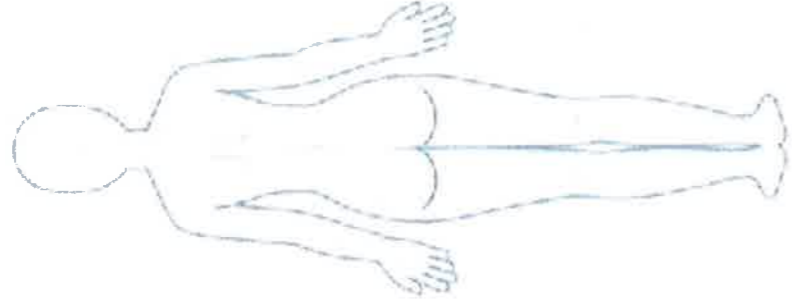
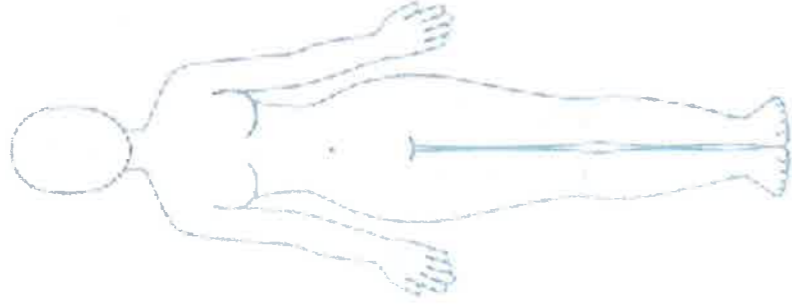
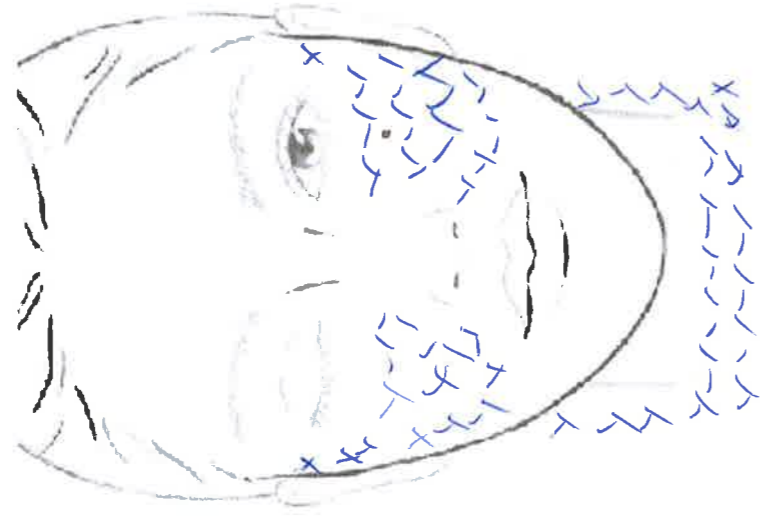
Photo

Signature Image

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

6/10/2018

Patient's Name::اسم المريض
 File Number::رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No:تخفيف الألم
 Evaluation and consent form completed? Yes / No:تقييم المريض
 Pretreatment photography taken? Yes / No:التصوير الفوتوغرافي قبل العلاج



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	16/12/18	17/1/19				
Treatment Area	BEARD LINE + NECK	SPRUE				
Hair Type	DARK	MEDIUM				
Mode	ALEX	ALEX				
Fluence	7.5/20	7.5/15				
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	1	1				
Starting Time	6 PM	6 PM				
Finish Time	6:15 PM	6:20 PM				
Post Treatment	FUCICORT	FUCIDIN H				

Therapist Name and Signature:اسم المعالج



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001982)

Date:16-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000647 - MOHAMED DABAJAH - 971503424252

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 210.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 16-12-2018

Being

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

210.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002354)

Date: 17-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000647 - MOHAMED DABAJAH - 971503424252

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **210.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 17-01-2019

Being

Made by Ghada

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