

File No#: 1000663

Date: 20/16/18

Patient Name: AL HANOUF ALSHALAN

اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 27/11/1994

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): SAUDI

Occupation (الوظيفة): _____

Marital Status (الحالة الاجتماعية): SINGLE

Phone No. (رقم الهاتف): 050-58861818

MAIL: _____

How Did You Know About Us? FRIENDS

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 البسيط (الهربس) أو بثور الحمى 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 الجلاليكوليك أو الهيدروكورتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج؟ نعم لا

. الأمراض الجلدية والإنتهايات و الأورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

- . مشاكل في الجهاز المناعي.
- . الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي.
- . ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)
- . البهاق.

أتقدم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوحة لن تتحقق بعد الجلسة الاولى. ولا يتضمن الطبيب رضائي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الي انهاية خطة العلاج, و انا اتفهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي للزرر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد العلاج.وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي بالكامل.

أتفهم ان كما هناك منافع للاجراء المطلوب, اتفهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الانتانم, ما عدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

اتفهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت, تأثيرات مشابهة لتأثيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الى عدة ايام فقط. تغيرات صبغية (بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الى ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكة, ألم, كدمات, التهاب, ندوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج . وعلى ايضا ابقاء عيناى مغلقتان اثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات التخدير.

لقد تم شرح العلاج بكامل فوائده ومضاعفاته المحتملة, وقد تمت الاجابة على جميع اسئلتى وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التاريخ: 20-6-2018

اسم المريض/ولي امر المريض: Amr Almasoud

التوقيع:

Amr Almasoud

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	Alhanouf,Ahmed,Sy,Alshalan	IDN:	784199458314137	Mother Name:	Zakeya
Name (Ar)	الهونف بنت احمد بن صالح الشعلان	Card Number:	081544587	Mother Name (Ar):	زكية
Title:		Nationality:	SAU	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	السعودية		
Issue Date:	08/01/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	08/01/2022	Date of Birth:	27/11/1994	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	IR	Occupation:	11	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

6/13/2018

PATIENT NAME:

FILE NO#:

1000663

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
20/6/18	CARBON PEGU FACE, EYEBROWS, KNTES	X		
	FR200, Q460, ATP600 (Package)	X		

File No#: 1055663

Patient Name: Al Hanouf Al Shalan

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 27/11/1994

Nationality (الجنسية): Saudi

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

E.MAIL:

How Did You Know About Us? Friends

Date: 13/6/2018

اسم المريض:

Gender (الجنس): M / F

Occupation (الوظيفة):

Phone No. (رقم الهاتف): 050-5861818

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كتبت 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 مستويات أو مضطبات للمناعة؟	Yes/No نعم / لا	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم / لا	
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعقي من أي أمراض؟	Yes/No نعم / لا	
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغلق القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No نعم / لا	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في التثقب أو تعاطى أي مميعات الدم؟	Yes/No نعم / لا	
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا	Yes/No نعم / لا	Anemic
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No نعم / لا	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا	
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للنساء: هل أنت حامل؟ هل تعاطين أي ملاح للحمل؟ هل تعطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No نعم / لا	
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No نعم / لا	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No نعم / لا	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا	
Other	Other conditions: HIV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الأيدز، فيروس الحلا البسيط...etc	Yes/No 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 المؤهل.

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 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.

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

أتفهم أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما تفهم أن 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 عدوى 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 المطروبة 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 :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

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 : Bleeding on probing

Diagnosis: Gingivitis

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO*

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	Alhanouf,Ahmed,S.,Alshalan	IDN:	784199458314137	Mother Name:	Zakeya
Name (Ar)	الحنوف بنت احمد بن صالح الشعلان	Card Number:	081544587	Mother Name (Ar):	زكية
Title:		Nationality:	SAU	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	السعودية		
Issue Date:	08/01/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	08/01/2022	Date of Birth:	27/11/1994	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	IR	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

6/13/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,575.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000768)

Date:13-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000663 - ALHANOUF ALSHALAN - 971505861818

The sum of Dhs. **One Thousand Five Hundred Seventy-Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **1,575.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 13-06-2018

Being

Paid by **gmda KC**Tel: + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail: info@omcl.aewww.omcl.ae

File No#: 1000663 Date: 13-6-2018

Patient Name: Al Hanouf Alshalan اسم المريض

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 27/11/1994 Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Saudi Occupation (الوظيفة): _____

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Singly Phone No. (رقم الهاتف): 0505861818

E.MAIL: _____

How Did You Know About Us?

_____ Friends _____

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 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 أتفهم أن من الممكن أن يكتشف 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 الطبية.

أتفهم أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم أن هناك 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 عوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم أن هناك رسوم الابدئي 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 الاقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الاقرار.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

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	Alhanouf, Ahmed, S, Alshalan	IDN:	784199458314137	Mother Name:	Zakeya
Name (Ar)	الهونف بنت احمد بن صالح الشعلان	Card Number:	081544587	Mother Name (Ar):	زكية
Title:		Nationality:	SAU	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	السعودية		
Issue Date:	08/01/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	08/01/2022	Date of Birth:	27/11/1994	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	IR	Occupation:	11	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

الهونف

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

6/13/2018

DOCTOR NOTE

13.06.2013

PATIENT WANTS
FILIP BAH. ONLY

TEXAS
1 CC.





مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,575.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000768)

Date: 13-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000663 - ALHANOUF ALSHALAN - 971505861818

The sum of Dhs. One Thousand Five Hundred Seventy-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 1,575.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 13-06-2018

Being

Made by **Ghada KC**

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