

File No#: 1000673 Date: 19/6/2018
Patient Name: Mais Akvam اسم المريض:
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 6/5/1985 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): Jordanian Marital Status (الحالة الاجتماعية):
Phone No. (رقم الهاتف): 0554646244
E. MAIL: Google
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 , عديدة الاسمرار

3 - قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار

4- نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار

5- بشرة داكنة السمرة

2- هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدر؟ 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 "الاكوتان" / الايسوترتينون " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا

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

6- هل قمت بتنف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال الست أسابيع الماضية؟ نعم لا

7- متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس المباشرة لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟

لا تذكر (رنتت طولة)

8- هل استخدم / مين اي مستحضرات تسمير البشرة؟ لا , ومتى كان آخر استخدام لها؟

9- هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم لا

10- هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ لا نعم

11- ماهي المنتجات التي تستخدمونها / تستخدمها ليشارك حاليا؟

مستحضرات التجميل وكمع الليزر والصور

12- هل اجريت اي عملية ازالة شعر سابقا؟ نعم لا

للنساء:

13- هل انت حامل؟ لا نعم

14- هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ لا نعم

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا  المتوفّر.

بقدومي إلى مركز أوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر الغير مرغوب فيه باستخدام جهاز الليزر

أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها من الأصباغ الموجودة في بصليات الشعر و تعطل قدرتها على إنباء 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 , التنتف , الكريمات, وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت ازالة الشعر بالليزر .

لقد تأقبت 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 التنتف قبل العلاج ب6 أسابيع على الأقل.

التشوم/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 الإلتفخ والتشقق من الممكن حدوثه. هذه الأعراض الجانبية ستتلاشى خلال بضعة 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 أنني قد قرأت وفهمت محتوى هذا الإقرار. وأني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حالة عدم بلوعي السن القانوني قبل إجراء العلاج.

التاريخ: 19/9/2018

الإسم: ميسر يوسف

توقيع المريض: 

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

بشهادة:

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQXO

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	Mais,Akram,Abdalla,,Yacoub	IDN:	784198531876179	Mother Name:	
Name (Ar)	مايس،اكرم،عبد الله،يعقوب	Card Number:	088419714	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	01/04/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	18/03/2021	Date of Birth:	06/05/1985	Sponsor Name:	بلديه نسفي
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120157094279	Residency Expiry:	18/03/2021
ID Type:	IL	Occupation:	3152	Occupation Field:	00

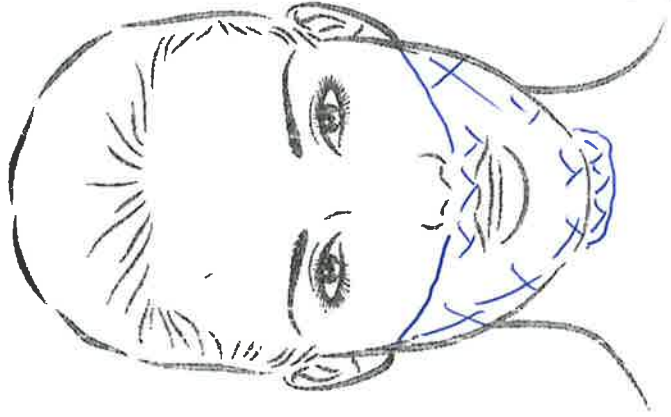


Photo

Signature Image

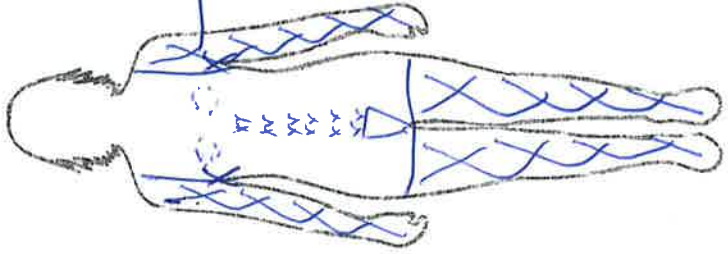
Circle areas to be treated:

Other



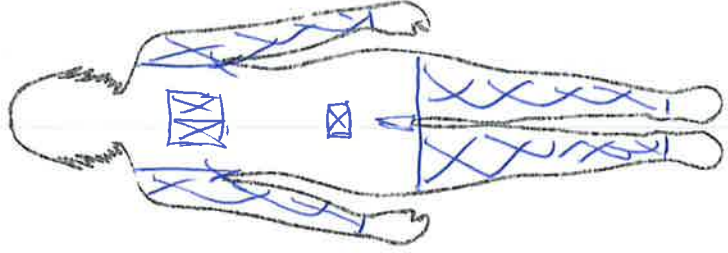
START: 5 AM
END: 8:30 PM

Front





8J/cm², Short,
10 Hz

Back



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
19/6/18	1HR Full BODY 6 sessions PRG (First session done)			 Dr. Gohar Specialist MOH License No.: 1221 Orchid Medical Center
11/08/18	1HR Full body - 2nd sessi-		5000	
8/9/18	1HR Full BODY 3rd			
	Advance for 3 sessions Full body 1HR	3075	0	
4/10/18	Profacial + praxi done.			
13/10/18	1HR Full BODY - 4th			
10/11/18	1HR Full BODY - 5th			
10/12/19	1HR Full BODY			
24/1/2019	Laser consultation			
4/7/2019	Cums titation for retainer 700 cost if she need FSR or Esix			 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 1826 Orchid Medical Centre
25/12/2019	→ Debonding. Clean & polish & FSR Upper & lower Bandaid.	600		



مركز أوركيڤد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,995.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000779)

Date:19-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000673 - MAIS AKRAM YACOUB - 971554046244

The sum of Dhs. **One Thousand Nine Hundred Ninety-Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,995.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 19-06-2018

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

500.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001031)

Date: 11-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000673 - MAIS AKRAM YACOUB - 971554046244

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 500.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 11-08-2018

Being AGAINST INVOICE NO: 2014

Made by Ghada

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

3,017.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001194)

Date: 08-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000673 - MAIS AKRAM YACOUB - 971554046244

The sum of Dhs. Three Thousand Seventeen Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 3,017.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 08-09-2018

Being AGAINST INVOICE NO : 2014

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

367.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001373)

Date:04-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000673 - MAIS AKRAM YACOUB - 971554046244

The sum of Dhs. Three Hundred Sixty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 367.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-10-2018

Being

Made by

Ghada

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



مركز أوركيدي الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 640.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006709)

Date:25-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000673 - MAIS AKRAM YACOUB - 971554046244

The sum of Dhs. Six Hundred Forty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 640.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date: 25-12-2019

Being braces removed

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 : 1000673 - MAIS AKRAM YACOUB - 971554046244

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