

File No#: 1000695

Date: 30/6/2018

Patient Name: Mariam ALKhatiri

اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 1/5/1988

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): emati

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): 0501999300

E.MAIL: Instagram

How Did You Know About Us?

	الحالة الطبية Medical Condition	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 حديثة؟	Yes/No نعم/لا	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات 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 أمراض؟	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، أمراض القلب	Yes/No نعم/لا	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	Yes/No نعم/لا	
	Anemia, Leukemia(لمرطان الدم)، Loukemia أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Yes/No نعم/لا	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No نعم/لا	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم/لا	
	<b>*for ladies:</b> Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ممانع للحمل؟ هل تعالين 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 تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم/لا	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم/لا	
Other	Other conditions؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...etc هل تعاطى من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc	Yes/No نعم/لا	



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

### 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 أتفهم أن من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما نذكر 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 العلمية.

أتفهم أنه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماماً كافة الأخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم 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 المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

إن أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني املاك 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medical History السجل الطبي

Diseases: \_\_\_\_\_ Medication: \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_ Pregnancy: \_\_\_\_\_

Hospitalization: \_\_\_\_\_ Family History: \_\_\_\_\_

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

Remarks: \_\_\_\_\_

Clinical Findings: Calculus, Swelling, Redness

Radiography: \_\_\_\_\_

Examination: BOP, \_\_\_\_\_

Diagnosis: Gingivitis / Abnormal form & Alignment of teeth



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	Maryam,Rashed,Saeed,Alkhatiri	IDN:	784198868797543	Mother Name:	Afraa
Name (Ar)	مريم رashed سعيدة الخاطري	Card Number:	070680232	Mother Name (Ar):	عفراء
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	618000225
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	06/11/2014	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	12/07/2018	Date of Birth:	01/05/1988	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	10	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

6/30/2018



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,575.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000828)

Date:30-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000695 - Mariam AL KHATRI - 971501999300

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 30-06-2018

Being

Made by Nancy

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)

File No#: 1000695 Date: 20/6/2018  
Patient Name: Mariam Al Khatri اسم المريض:  
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 1/5/1988 Gender (الجنس): M / F  
Nationality (الجنسية): Emirati Marital Status (الحالة الاجتماعية):  
Phone No. (رقم الهاتف): 0501999300  
E. MAIL:INSTIGRAM  
How Did You Know About Us? \_\_\_\_\_

### التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

\*يرجى الاجابة على الاسئلة 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 بسيط (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 الجلايكوليك أو الهاليدروكورتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج؟ نعم  لا

6- هل قمت بنقش او كي او إزالة الشعر بالشمع في منطة العلاج خلال الست أسابيع الماضية؟ نعم  لا

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

\_\_\_\_\_

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

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

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

11- ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشركك حاليا؟

\_\_\_\_\_ الواقف عصب

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

للنساء:

13- هل انت حامل؟ نعم  لا

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



## إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا \_\_\_\_\_ بقومي إلى مركز أوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر الغير مرغوب فيه باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

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

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

التاريخ: \_\_\_\_\_

الاسم: \_\_\_\_\_

توقيع المريض: \_\_\_\_\_

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

بشهادة: \_\_\_\_\_

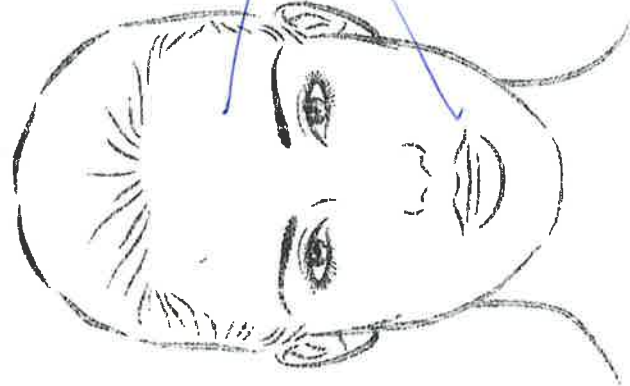


Circle areas to be treated:

Other

30/6/18

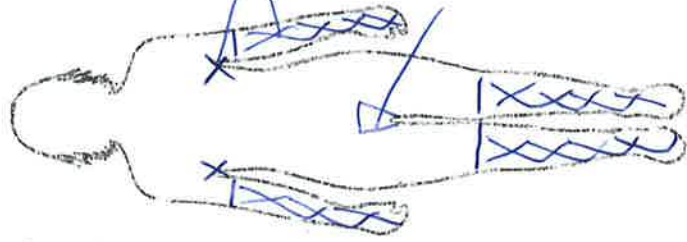
UHM FULL BODY



CARBON PEARL +  
MASK

FR200, Q460, PTP500

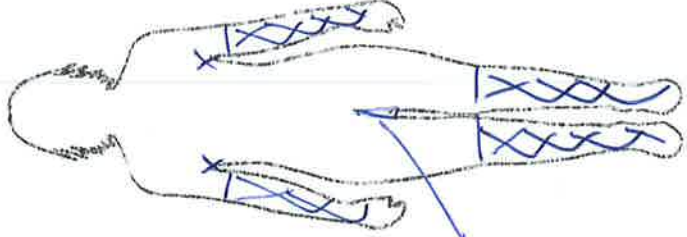
Front



16J/cm<sup>2</sup> SURSTX  
2 PASSES

FDP MODE 6J/cm<sup>2</sup>  
SHORT, 6 Hz

Back





REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO

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**

<b>Name</b>	Maryam,Rashed,Saeed,Alkhatiri	<b>IDN:</b>	784198868797543	<b>Mother Name:</b>	Afraa
<b>Name (Ar)</b>	مريم رashed سعيد الكخاتيري	<b>Card Number:</b>	070680232	<b>Mother Name (Ar):</b>	عفراء
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	ARE	<b>Family ID:</b>	618000225
<b>Title (Ar):</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	الإمارات العربية المتحدة		
<b>Issue Date:</b>	06/11/2014	<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	
<b>Expiry Date:</b>	12/07/2018	<b>Date of Birth:</b>	01/05/1988	<b>Sponsor Name:</b>	
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	
<b>Residency Type:</b>		<b>Residency Number:</b>		<b>Residency Expiry:</b>	
<b>ID Type:</b>	ID	<b>Occupation:</b>	10	<b>Occupation Field:</b>	00

Photo



Signature Image

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

6/30/2018



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,575.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000828)

Date:30-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000695 - Mariam AL KHATRI - 971501999300

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 30-06-2018

Being

Made by Naney

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)