

File No#: 1000711 Date: 7/7/2018
 Patient Name: Mariam Ghuloum اسم المريض:
 Date of Birth (الميلاد): 22/10/1988 Gender (الجنس): M / F
 Nationality (الجنسية): u.a.e Marital Status (الحالة الاجتماعية):
 Phone No. (رقم الهاتف): 0506085005
 E. MAIL: _____
 How Did You Know About Us? Instigyan

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

يُرجى 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 ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدره؟ نعم لا

3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهريس) أو بنور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج؟ نعم لا

4- هل تناولت عقار "الأكوتان / الايسوترتينوين" خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا

5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلوكوليك أو الهيدروكويزون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج؟ نعم لا

6- هل قمت بنشف 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؟

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

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

10- هل تم تشخيصك سابقاً بأي إختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم لا

11- ماهي المنتجات التي تستخدمونها / تستخدمها لبشرتك حالياً؟

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

التسمير:

13- هل انت حامل؟ نعم لا

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

Circle areas to be treated:

Other:

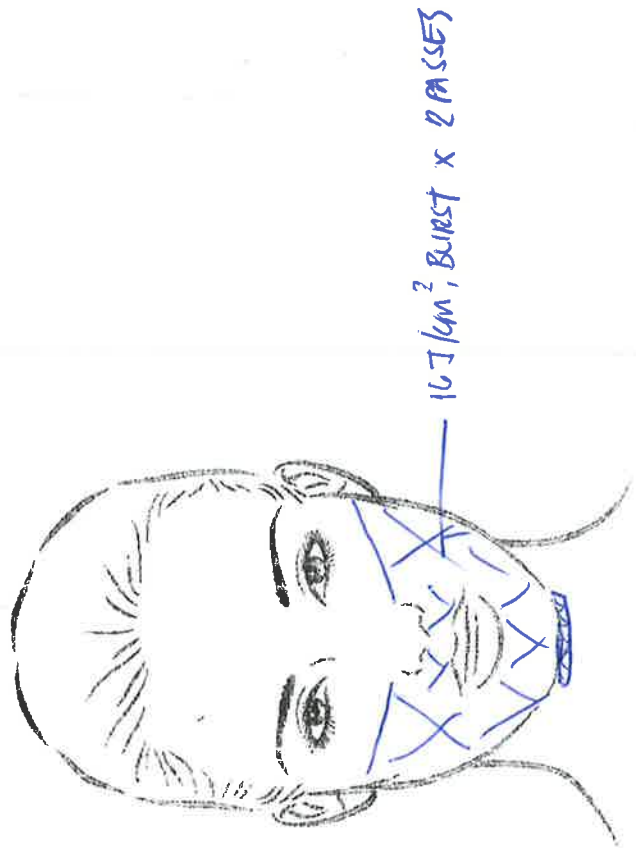
7 JULY 2018

1HR FULL BODY

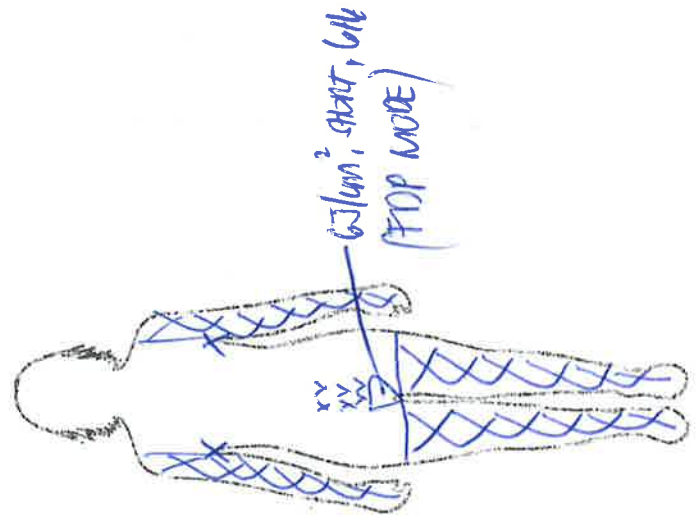
START: 5:00 PM

END: 7 PM

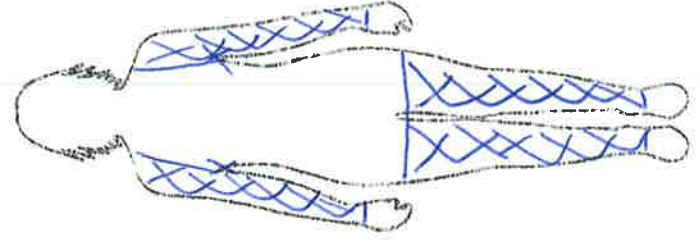
(2 THERAPISTS)



Front



Back



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	Mariam,Ghuloum Dadia,Ghuloum,,Robari	IDN:	784198894297310	Mother Name:	Sara Hassan
Name (Ar)	مريم،علم،دادي،غولوم،روباري	Card Number:	087170919	Mother Name (Ar):	سارة حسن
Title:		Nationality (Ar):	ARE	Family ID:	301006423
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	16/01/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	23/10/2027	Date of Birth:	22/10/1988	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	04	Occupation Field:	25

Photo



Signature Image

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

7/7/2018



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000861)

Date: 07-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000711 - MARIAM GHULOUM - 971501085005

The sum of Dhs. One Thousand Two Hundred Sixty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,260.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 07-07-2018

Being

Made by Ghada

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