

File No#: 1000712 Date: 7/7/2018
Patient Name: Saif Al man Soori اسم المريض:
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 21/1/1984 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): U.a.e. Marital Status (الحالة الاجتماعية):
Phone No. (رقم الهاتف): 0506102003
E. MAIL: Google
How Did You Know About Us? _____

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

مُرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

- 1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟
1 - دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار
2- دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار
3 - قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
4- نادرة الاحتراق , 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 البسيط (الهربس) أو بنور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج؟ نعم لا
4- هل تناولت عقار "الأكوتان" / الايسوتريتينين؟ خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا
5- هل استخدمت عقار " ريتين اي " أو منتجات حمض الجلايوليك أو الهيدروكورتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج؟ نعم لا
6- هل قمت بنقف او كي او إزالة الشعر بالشمع في منطقة 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 إختلالات او مشاكل هرمونية؟ نعم لا

11- ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها لبشرتك حاليا؟ _____

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

للنساء:

13- هل أنت حامل؟ نعم لا

14- هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ 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 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 العلمية.

أتفهم أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماماً كافة الاخطار 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 أقدّمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امتك 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 07-7-2018

توقيع الطبيب المختص:



REDAD DATA

CAEAIOEBAA83ODQXO*

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Saif,Rashed,Masoud,Eissa,Almansoori	IDN:	784198482683962	Mother Name:	Hamdah Mohamed
Name (Ar)	سيف راشد مسعود عيسى المنصورى	Card Number:	079819034	Mother Name (Ar):	حمده محمد
Title:		Nationality (Ar):	ARE الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	101047964
Issue Date:	28/08/2016	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	28/08/2026	Date of Birth:	08/08/1984	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	98	Occupation Field:	99



Photo

Signature Image

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

7/7/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

367.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000863)

Date:07-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000712 - SAIF ALMANSOORI - 971506102003

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

By Cash 367.50 / By Credit Card 0.00 / 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.aewww.omc1.ae