

File No#: 1000731 Date: 11/7/2018
 Patient Name: Mayyam Alamri اسم المريض:
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 29/6/1980 Gender (الجنس): M / F
 Nationality (الجنسية): u.a.e. Marital Status (الحالة الاجتماعية):
 Phone No. (رقم الهاتف): 0505015080
 E. MAIL: Instagram
 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 , 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 البسيط (الهربس) أو بثور الحصى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم لا

4- هل تناولت عقار "الأكيوتان" / الإيسوتريتينين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا

5- هل استخدمت عقار " ريتين اي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهاييدروكوينيون (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 آخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس المباشرة لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟

_____ قبل بستة أسابيع

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

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

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

11- ماهي المنتجات التي تستخدمونها / تستخدمها لبشرتك حاليا؟

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

التسمير:

13- هل قمت بحلها؟ نعم لا.

14- هل قمت سابقا باستخدام مستحضرين دائم اللونين؟ نعم لا.

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا _____ بقدمي إلى مركز أوركييد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر الغير مرغوب فيه باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها من الأصباغ الموجودة في بصليلات 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 , النتفخ , الكريمات , وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

لقد تلقيت التعليمات التالية :-

. لا يسمح بالتسمير او استخدام مستحضرات تسمير البشرة لمدة 6-4 أسابيع قبل وبعد العلاج لتفادي زيادة الأعراض الجانبية.

. يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع او النتفخ قبل العلاج ب6 أسابيع على الاقل.

. 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 بضعة 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 أتحت لي الفرصة للاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت وفهمت محتوى هذا الإقرار. و أنني 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:

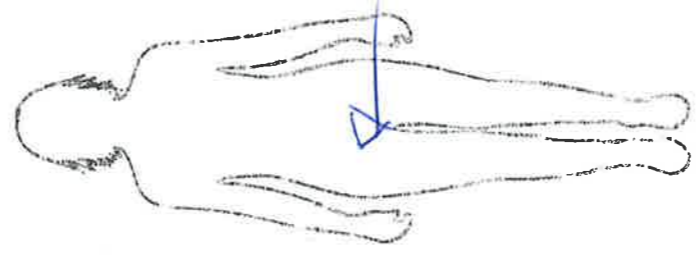
Other

11/7/2018

LHR BIKINI (FRONT ONLY)



Front



Back



United Arab Emirates دولة الإمارات العربية المتحدة
Driving License رخصة القيادة
رقم الرخصة 253353
الاسم مريم محمد علي العنبري
Name MARYAM MOH'D S. A. ALAMRI
Nationality EMIRATES الجنسية الإمارات
Date of Birth 29-06-1980 تاريخ الميلاد
Issue Date 02-02-2000 تاريخ الإصدار
Expiry Date 11-02-2022 تاريخ الانتهاء
Place of Issue SHARJAH جهة الإصدار الشارقة

شعبة الترخيص
MTR02333
Licensing Authority





مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

682.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000888)

Date: 11-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000731 - MARYAM ALAMRI - 971505015080

The sum of Dhs. Six Hundred Eighty-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash **682.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: _____

Date: 11-07-2018

Being _____

Made by **Ghada**

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

File No#: 1000731

Date: 11/7/2018

اسم المريض:

Patient Name: Maryam Alami

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 29/6/1980

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): U.A.E

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 0505015080

E.MAIL: _____

How Did You Know About Us?

Instagram

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: _____



مركز أوركيذ 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 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 اتفهم أن من الممكن ان يكشف 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 اتفهم ان 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 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 تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني امتلك 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:

11/7/2018



DOCTOR NOTE

Blank lined area for writing the doctor's note.

Blank lined area for writing the doctor's note.



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001054)

Date:14-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000731 - MARYAM ALAMRI - 971505015080

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

By Cash 262.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 14-08-2018

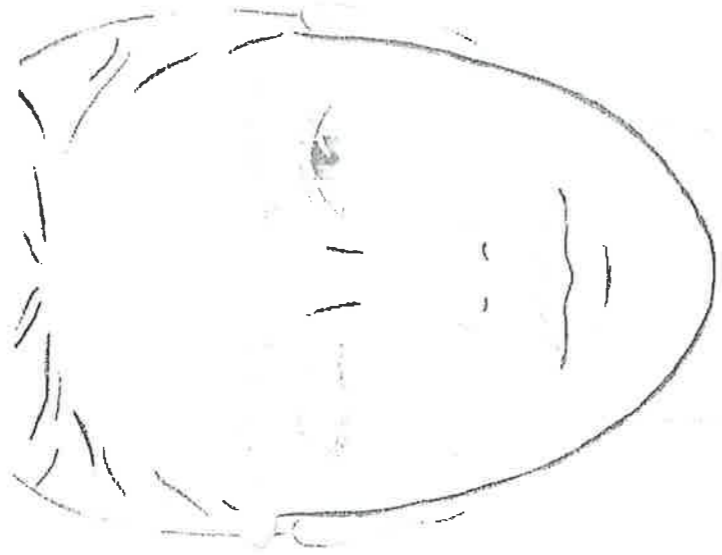
Being

Made by Ghada

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

Patient's Name: MARYAM AL AMIRI
 File Number: 1000731
 Pain Relief given? Yes / No

اسم المريض:
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



Treatment Date	Treatment Area	Hair Type	Mode	Fluence	Pulse Type	GNT Pulse	Passes	Starting Time	Finish Time	Post Treatment
Session 1 14/8/18	BIKINI (FRONT)	Dark, coarse	FDP	5 J/cm ²	SHORT	1	1	4:30 PM	4:50 PM	
Session 2 25/9/18	BIKINI (FRONT)	Dark	FDP	5 J/cm ²	SHORT	1	1	4:30 PM	5:50 PM	MEXO
Session 3 29/10/18	BIKINI (FRONT)	Dark	FDP	6 J/cm ²	short	1	1	4:30 PM	4:50 PM	
Session 4 8/12/18	BIKINI (FRONT)	MEDIUM	FDP	5 J/cm ²	short	1	1	4:15 PM	4:35 PM	
Session 5 3/2/19	BIKINI (FRONT)	NDYAG	1					4:30 AM	4:45 AM	
Session 6 28/3/19	BIKINI front	ND YAG	15/15	FINE HAIR COMB	FINE	1 pulse	1	4:10	4:30	
								4:20	4:45	

Therapist Name and Signature: M. S. S. I. E.



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001319)

Date:25-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000731 - MARYAM ALAMRI - 971505015080

The sum of Dhs. **Two Hundred Sixty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **262.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 25-09-2018

Being

Made by Ghada 

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001553)

Date:29-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000731 - MARYAM ALAMIRI - 971505015080

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

By Cash 262.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 29-10-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001908)

Date:08-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000731 - MARYAM ALAMRI - 971505015080

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

By Cash 262.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 08-12-2018

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

262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002511)

Date:03-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000731 - MARYAM ALAMRI - 971505015080

The sum of Dhhs. Two Hundred Sixty-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 262.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 03-02-2019

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003050)

Date:23-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000731 - MARYAM ALAMRI - 971505015080

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

By Cash 262.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 23-03-2019

Being BIKINI FRONT + VAT

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 : 1000731 - MARYAM ALAMRI - 971505015080

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 262.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004295)

Date: 02-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000731 - MARYAM ALAMRI - 971505015080

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

By Cash 262.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 02-07-2019

Being BIKINI FRONT + VAT

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 : 1000731 - MARYAM ALAMRI - 971505015080

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