

File No#: 1000748 Date: 15/7/2018
 Patient Name: Roaaq Al Shihmani اسم المريض:
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 2/10/1989 Gender (الجنس): M / F
 Nationality (الجنسية): Iragi Marital Status (الحالة الاجتماعية):
 Phone No. (رقم الهاتف): 0505567739
 E. MAIL: Google
 How Did You Know About Us? _____

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

- 1- ما هو الوصف الاسبب لنوع يشركك ؟
 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 سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم لا
 3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا بسيط (الهريس) أو بثور الحصى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم لا
 4- هل تناولت عقار "الأكيوتان / الأيسوترتينوين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا
 5- هل استخدمت عقار " ريتين اي " أو منتجات حمض الجلوكوليك أو الهاليدوكورونون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟ نعم لا
 6- هل قمت بنتف 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؟
 No

- 8- هل استخدم / مين اي مستحضرات تسمير البشرة ؟ نعم لا متى 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 ؟ نعم لا
 11- ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشركك حاليا؟

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

للنساء:

13- هل انت حامل؟ نعم لا

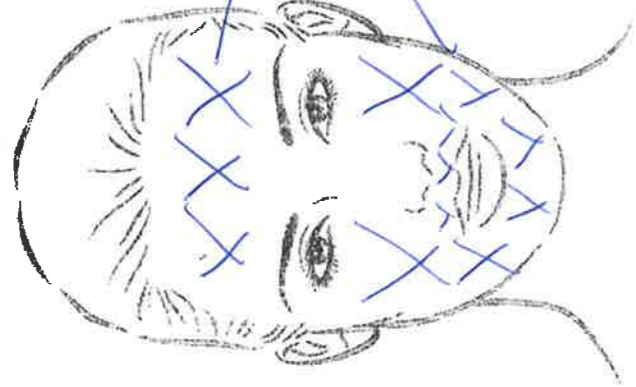
14- هل قمت سابقا بأجره مكياج دائم للتوجه؟ نعم لا

Circle areas to be treated:

Other _____

15/7/18

LHR FULL FACE



16 J/cm², SHORT
x 2 PASSES

Front



Back





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000908)

Date:15-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000748 - ROAA AL SHIHMANI - 971505567739

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 210.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 15-07-2018

Being

Made by Ghada

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

File No#: 1000 748 Date: 15/7/2018 اسم المريض:
 Patient Name: Roa Al Shihmani Gender (الجنس): M / F
 Date of Birth (التاريخ الميلاد): 8/10/1989 Occupation (الوظيفة):
 Nationality (الجنسية): Iraqi Phone No. (رقم الهاتف): 0505567739
 Marital Status (الحالة الاجتماعية): _____
 E.MAIL: _____
 How Did You Know About Us? Google

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
X	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حالية؟	Yes/No نعم / لا	
X	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No نعم / لا	
X	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم / لا	
X	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	
X	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	Yes/No نعم / لا	
X	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لويميا (فقر 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	
X	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للنساء: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تتناولين 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	
X	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: فيروسات أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...etc	Yes/No 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.

و أنا أتفهم أن من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر 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 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 أقمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني امالك 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: Tooth is broken & Paining

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

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

Remarks: Nothing Abnormal

Clinical Findings: Badly Broken ¹⁷ ~~17~~, ^{Badly} Pain on Percussion ¹⁷

Radiography: P.A X-Ray

Examination : _____

Diagnosis: Broken tooth (Crowned & cemented)

17



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

500.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000909)

Date: 15-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000748 - ROAA AL SHIHMANI - 971505567739

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 15-07-2018

Being

Made by **Ghada**Tel: + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail: info@omc1.aewww.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001038)

Date:12-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000748 - ROAA AL SHIHMANI - 971505567739

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 210.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 12-08-2018

Being

Made by Ghada

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

Patient's Name: **ROAA M. SHAHMANI**

File Number: **1000749**

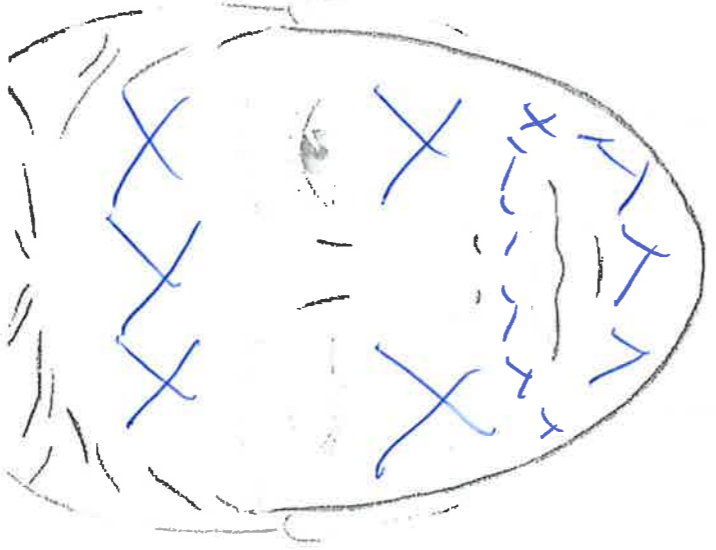
Pain Relief given? Yes / No Yes / No

رقم الملف:

تاريخ العرض:

Evaluation and consent form completed? Yes / No Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	12/8/18	15/9/18	14/10/18	14/11/18		
Treatment Area	Full face	Full face	Full face	Full face		
Hair Type	Dark, coarse	Dark	Dark	Medium-soft		
Mode	DP1	DP1	DP1	DP1		
Fluence	16 J/cm ²	16 J/cm ²	16-18 J/cm ²	18 J/cm ²		
Pulse Type	Short	Short	Short	Short		
CNT Pulse						
Passes	2	2	2	2		
Starting Time	6:30 PM		4 PM	12:35 PM		
Finish Time	6:40 PM		4:15 PM	12:45 PM		
Post Treatment		BeNA		Bioreviva		

Therapist Name and Signature: **FUSIE JAWA**



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001255)

Date:15-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000748 - ROAA AL SHIHIMANI - 971505567739

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 210.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 15-09-2018

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

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001445)

Date:14-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000748 - ROAA AL SHIHMANI - 971505567739

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 210.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 14-10-2018

Being

Made by-Gheta

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

577.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001500)

Date: 21-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000748 - ROAA AL SHIHMANI - 971505567739

The sum of Dhs. Five Hundred Seventy-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 577.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 21-10-2018

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

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001702)

Date:14-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000748 - ROAA AL SHIHMANI - 971505567739

The sum of Dhs. ^{٢١٠}Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 210.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 14-11-2018

Being

Made by Ghada

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