



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

Date: 29/7/2018

File Number: 1005779

Patient Name: Eman Salary

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1/3/1987 Gender (الجنس): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Samoras

Phone No. (رقم الهاتف): 059292977

Address (العنوان): Samoras

How did you know about us: G+999

E-MAIL:

التاريخ الطبي Medical History	
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No لا/نعم
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No لا/نعم
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No لا/نعم
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes/No لا/نعم
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 للدم؟	Yes/No لا/نعم
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) ، نوكيميا	Yes/No لا/نعم
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No لا/نعم
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض يولية أو تناسلية؟	Yes/No لا/نعم
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems السيدات : هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No لا/نعم
Hepatitis, jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No لا/نعم
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No لا/نعم
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا/نعم
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الأبتا، فيروس الحلا البسيط etc	Yes/No لا/نعم

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 any procedures which are advisable in their professional judgment.
- I understand that no warranty or guarantee has been made to me as a result of cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment.
- I understand that there are also risks and hazards to the performance of the diagnostic and/or surgical procedures.
- I realize that common surgical or diagnostic procedures are potential for an infection, swelling, bleeding, pain or allergic reaction.
- I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full before the completion of treatment.
- I consent that all medical history and information I provided in my medical file is true and I understand that any information I provide regarding my medical status will be kept confidential and anonymous.
- I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that this form has been fully explained to me and that I have read it and I understand its' content and I sign it with all my will.

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: ... / ... /

نموذج إقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل،
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزديدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نكر في القصة الأولى و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتابع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك ان بعض الإجراءات التفضيحية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب أو التورم أو النزف أو الألم أو الصلابة.
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المطهرات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي قمتي الملف صحيحة. و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

توقيع المريض/ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):



التاريخ: ... / ... / ...

File No:

Date: / /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg
Pulse (النبض): ppm

Height (الطول): cm
Blood Pressure (ضغط الدم): /

Blood Type (فصيلة الدم):
Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، الخال للمستشفى

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	SIGNATURE
29/7/18	LHR FULL BODY (UPPER PART DONE - FACE, UA, FULL ARMS) FDU.	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> د. غسان مروان الطباع BALANCE JOVANOVIC Goran Jovanovic خصائي جراحة التجميل Specialist - Plastic Surgeon ترخيص رقم: V220 MOH License No.: V220 مركز أوركي الطبي - Orchid Medical Center </div>
26/8/18	LHR - full body -	
3/10/18	LHR FULL BODY WITHOUT FRONT & HAND 950	
8/11/18	LHR full body - Alex / 17ms / 6J Bikini - ND yag - 13J / 17ms. (16 spots) Face - 7/12. 950	Beep.
	<p> Moved to bikini due to complaint with discounted price to be 700 AED per session. Approved by: </p>	
14/2/19	LHR full body bikini LHR Full body bikini	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Tabbaa خصائي جلدية Dermatology specialist ترخيص رقم: V826 MOH License No. V826 مركز أوركي الطبي - Orchid Medical Center </div>

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQXO*

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	Iman Hassan, JahanKir	IDN:	784198740242411	Mother Name:	
Name (Ar)	ايمان حسن جھانكير سالاري	Card Number:	081424358	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	COM	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	جزر القمر		
Issue Date:	28/12/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	02
Expiry Date:	26/12/2019	Date of Birth:	01/03/1987	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	212234
Residency Type:	03	Residency Number:	30120113010475	Residency Expiry:	26/12/2019
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

7/29/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000973)

Date:29-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000779 - EMAN SALARY - 971509292971

The sum of Dhs. **Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **997.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 29-07-2018

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

No: REC-000974

Date: 29-07-2018

AED 300.00

RECEIPT VOUCHER

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000779 - EMAN SALARY - 971509292971

The sum of Dhs. **Three Hundred Only**By Cash **300.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Reing **ADVANCE FOR PACKAGE FULL BODY LHR**

Made by Ghada

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



precisely Kindly Answer the following questions

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input checked="" type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو قروحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotretinoin in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينوين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinon on Site? Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج ؟
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No	هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحمامة شمسية .. نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة ؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية ؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?	ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حاليا؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل أجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

I hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Sharjah to remove unwanted hair by laser. I understand that laser produces a beam of light that generates an energy of a certain wavelength which is absorbed in the pigments of hair follicles to impair its' ability to grow hair.

I understand that the results of the treatment varies from one person to another by the variation of medical history and the skin type, hair type , patients commitment to precautions before and after sessions and the variety of individual responses to treatment. and I consent that I know all the native hair removal methods and I choose removing my unwanted hair by laser.

I consent that I got the following precautions:

- it's not allowed to get tanned or use tanning solutions for 4-6 weeks before and after treatment.
- Waxing and Plucking must be avoided at least 6 weeks prior to sessions.
- Tattoos and permanent make up on treatment site will be affected by laser.
- Full Medical History must be given including previous treatments, allergies and skin type.
- people who took akutan during the last 6 months or any drugs that inhibits patients from sun exposure can not remove their hair by laser.
- I understand that i might see some change from first session, nevertheless the treatment will take many sessions to get the result.

Side Effect

side effects may include burning like redness, and it's possible to see some swelling or cracks, these side effects will fade away few hours to few days after treatment. hypo/hyperpigmentation is not common and it rarely last, it's advisable to avoid sun exposure, and to use sun protections.

I consent that I had the chance to enquire and ask any questions I have to the therapist and I have read and understood the content of this form (or it was read to me) and I am more than 18 years old or I have the approval of my sponsor.

Name and Signature

Date

... / ... /

أقر أنا مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المستقر.

أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلة الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر.

أتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة والشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلتيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسيه و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشنجات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

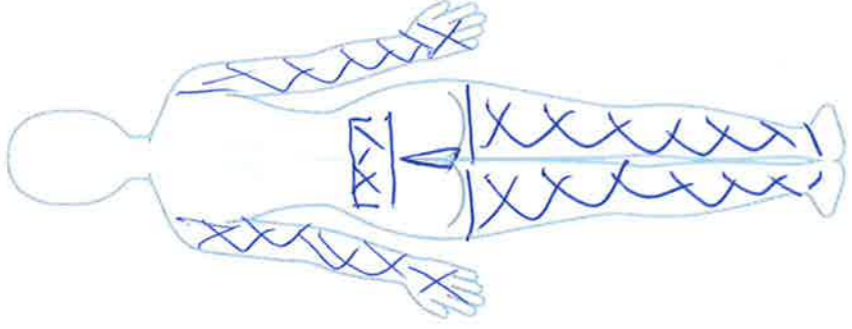
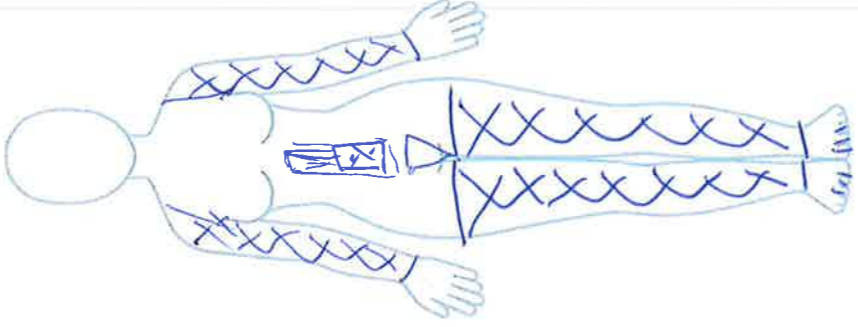
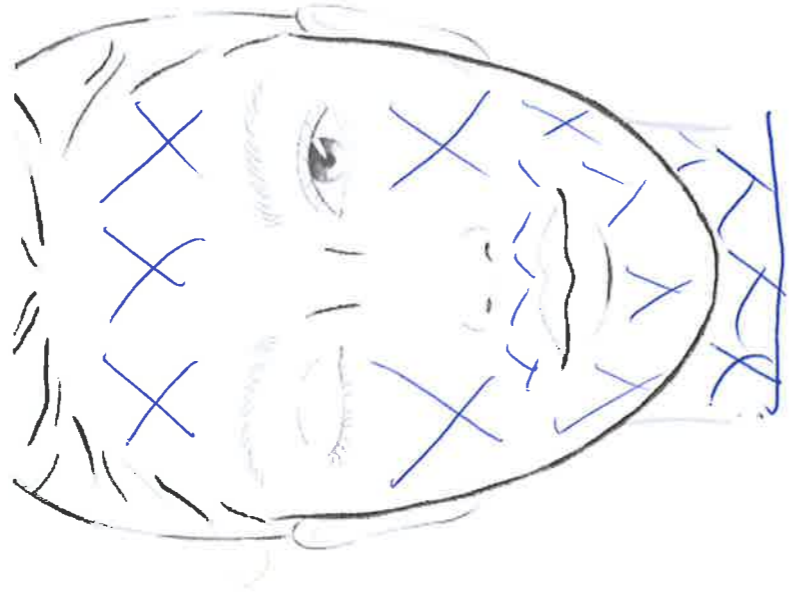
أقر أنه قد أتيتحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الاسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال علم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ

... / ... /

Patient's Name: ELHAM SAMIR إسم المريض
 File Number: 1002779 رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	29/7/18	3/10/18	8/11/18	14/2/19	27/5/19	
Treatment Area	Full body	Full body	Full body	Full body	Full body	
Hair Type	Dark, coarse	Dark, coarse	Dark, coarse	Dark, M	Dark, M	
Mode	DP1	DP1, FOP	Alex and Yag	DP1, FDP	DP1 FDP	
Fluence	14-16 J/cm ²	Kojim ² , SJL ²	6J/17	13J/17ms	6 J/17ms	
Pulse Type	Subst	Subst, short	Face - 7/12	10/10	10/10	
CNT Pulse						
Passes	1-2	1-2, 1		2 pass	2	
Starting Time	7:30 PM	10:30 AM	10:25 AM	11 AM	8:30 AM	
Finish Time		12:15 PM	11:30 AM		10:15 AM	
Post Treatment	ADVANTIN + BEPANTHEN				Blessie / Blessie	

[Handwritten signature]

Therapist Name and Signature Blessie *[Handwritten signature]*



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001126)

Date:26-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000779 - EMAN SALARY - 971509292971

The sum of Dhs. Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 997.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 26-08-2018

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

997.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001349)

Date: 03-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000779 - EMAN SALARY - 971509292971

The sum of Dhs. Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 997.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 03-10-2018

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

997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001644)

Date:08-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000779 - EMAN SALARY - 971509292971

The sum of Dhs. Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 997.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 08-11-2018

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

735.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002649)

Date: 14-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000779 - EMAN SALARY - 971509292971

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

By Cash 435.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 300.00

Bank: Cheque No.

Date: 14-02-2019

Being DISCOUNT APPROVED FROM DR YANOOF FULL BODY WITHOUT FRONT AND BACK VIKINI LASER

Made by Rana

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

TAX INVOICE (NO. INV-C004566)

Patient File # : 1000779
 Patient Name : EMAN SALARY
 Doctor : LASER DEPARTMENT
 VAT Reg # : 100479302000003

Visit Date : 27-05-2019
 Insurance : Cash
 Invoice Date : 27-05-2019

Sl.No	Code	Service	Unit Price	Quantity	Gross	Discount	VAT %	VAT Amount	Net
1.	L00031	FULL BODY LHR	1,200.00	1	1,200.00	500.00	5.00	35.00	700.00
Gross Total (in AED)									700.00
Discount (in AED)									500.00
Net Total (in AED)									700.00
VAT TOTAL									35.00
NET + VAT TOTAL									735.00
Paid (in AED) (Cash)									-735.00
Balance (in AED)									0.00
Advance Balance (in AED)									0.00

Prepared By Hiba

VIKINI F/B LHR APPROVED BY DR YANOOF

Patient Signature

Kindly note that this automated and uniquely dated invoice is payable on this visit before leaving the Center deposit will be automatically deducted upon settlement.

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

www.omc1.ae



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003805)

Date:27-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000779 - EMAN SALARY - 971509292971

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

By Cash 735.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Date: 27-05-2019

Cheque No.

Being VIKINI F/B LHR APPROVED BY DR YANOOF

Made by Hilba

- 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 : 1000779 - EMAN SALARY - 971509292971

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