



Date: 14/8/2018

File Number: 1000827

Patient Name: Nada Al Suwaichi

اسم المريض

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 21/3/1974 Gender (الجنس): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality (الجنسية): S.A.S

.....

Address (العنوان): Shokjah

Phone No. (رقم الهاتف): 0505999905

E-MAIL: nada.alsuwaichi@hotmail.com

How did you know about us: Google

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
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 امراض؟	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، امراض القلب	Yes/No لا/نعم	⊘
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) انيميا	Yes/No لا/نعم	⊘
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	Yes/No لا/نعم	⊘
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض يولية أو تناسلية؟	Yes/No لا/نعم	⊘
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للسيدات : هل انت 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 امراض كبدية اخرى	Yes/No لا/نعم	⊘
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	Yes/No لا/نعم	⊘
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا/نعم	⊘
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم	⊘
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الأيدز، فيروس الحلاّ 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 or 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 اقرار طبي

أوافق وأسمح للطبيب بطرح حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و
المؤهل،

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي
بالمعالج الأفضل والخدمة الأفضل.

أقر أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما نكر في الفحص
الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والعلاجات اللازمة والمطوية بحكم
خبرته المهنية والطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتبع العلاجات والإجراءات الطبية أو التجميلية
المقمنة لي. كما أتفهم الاخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي
المرضية.

أتفهم تماما كافة الاخطار والمضاعفات التي قد تكون محصلجة للفحوصات والإجراءات
العلاجية والجراحية.

و أترك أن بعض الإجراءات التشخيصية والعلاجية والجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات
كالالتهاب أو القرح أو النزيف أو الألم أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية وأن جميع
الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الاجتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المطوبات الطبية والتاريخ الطبي الذي قدمته لي قضي للملف صحيحة و
أتفهم ان اي مطوبات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون
موافقتي

أقر أن لدي المطوبات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و
انني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و انني وقعت عليه بأكمل ارادتي

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

التاريخ: ... / ... /

File No:

Date: / /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg

Height (الطول): cm

Blood Type (دم):

Pulse (النبض): ppm

Blood Pressure (دم): /

Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ادخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (تعاطي الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التفخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME: Nada Alsuwaidi

FILE NO#: 100827.

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
14/2/18	5 sessions + 5 consultation ENDYMED She wants only to maintain Her weight 83kg. (.07) 112 cm - ENDMED 1st session 116.5 cm	200	0	Baba
25/8/18	ENDYMED 2nd session (.07) 112 cm 115 cm (.07) 110 cm 114 cm Endymed 3rd session			
05.09.2018	40 units OF BUDR (FINGER, GUMBLE, CIRCU FIBR)	1200		[Signature]
8/9/18	4th session : umb. up -> 109 cm. down -> 102 cm			

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	Nadia,Saeed,Hamad,Saeed,Al Suwaidi	IDN:	784197458470479	Mother Name:	Moza
Name (Ar)	نادى سعيد,حمد,سعيد السويدي	Card Number:	066888446	Mother Name (Ar):	موزة ابراهيم
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	202012614
Issue Date:	20/01/2014	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	20/01/2019	Date of Birth:	27/03/1974	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	1232	Occupation Field:	16

Photo



Signature Image

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

8/14/2018



Dietary consultation involves a health profile. The purpose of the health profile is not to establish a diagnosis, but rather to determine a client's health status in order to guide his/her weight control plan. A client may be advised to seek medical advice based on his/her health profile.

Date: 14/8/2018 File Number: 1555827

Patient Name: Nada Al Suwaidi اسم المريض:

Current Weight (الوزن الحالي): 83 Weight 1 year ago (الوزن السنة الماضية):

Minimum Adult Weight (أقل وزن): Age: 44 Maximum Adult Weight (الوزن وزن): 2013

Do You Exercis (هل تقوم بالتمارين الرياضية) : Yes / No Exercise Type (نوع التمرين) : How Often (كم مررة) : 5 days

Have You Been on a diet before? Yes / No هل انتظمت سابقا بأي حمية غذائية؟ نعم / لا

Back

If yes, please specify which diet(s) and why you think it didn't work for you?

إذا كانت الاجابة نعم ، لماذا تعتقد ان تلك الحمية لم تكن مناسبة الي؟

.....
.....
.....

On a scale of 1 to 10, Indicate the level of importance you give to losing weight with professionally supervised weight

loss method

بمقياس ١ الى ١٠ ، حدد درجة اهمية فقدانك للوزن تحت اشراف المختصين

Least Importance 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 More Importance

How Many Children Do You Have? 2

كم عدد اطفالك؟

Who does the most cooking at home? Cooker

من يقوم بطهي الطعام غالبا في المنزل؟

On Average how many hours do you sleep per night? 5-6 Hours

ما هو معدل ساعات نومك ليلا؟

العادات الغذائية Eating Habits

القطور Breakfast

Do You Have Breakfast Every Morning? Yes Sometimes No Never

Approximate time:

Details:

.....
.....
.....
.....

Do You Have a Snack Before Lunch? Yes Sometimes No Never

Approximate time:

Details:

.....
.....
.....
.....

الغداء Lunch

Do You Have Lunch Every Morning? Yes Sometimes No Never

Approximate time:

Details:

.....
.....
.....
.....

Do You Have a Snack Before dinner? Yes Sometimes No Never

Approximate time:

Details:

.....
.....
.....
.....

العشاء Dinner

Do You Have Dinner Every Morning? Yes Sometimes No Never

Approximate time:

Details:

.....
.....
.....
.....

Do You Have a Snack Before dinner? Yes Sometimes No Never

Approximate time:

Details:

.....
.....
.....
.....

Consent Form For Nutritionist Weight loss Method

I confirm that the information that I have provided and that is recorded by me on this health profile is true, complete and accurate and that I have not withheld or otherwise omitted. weather in whole or in part, any information concerning my health status. in this respect, I confirm that I have disclosed all past and present physical/ or mental health problems or concerns that I have experienced, diagnosis and/or surgeries that I have had, medications and supplements that were prescribed to me or that I have taken.

Without limitation to the foregoing I specifically confirm that I do not have the conditions and that I am not taking any medications. Furthermore, I understand that I should not be undertaking or otherwise following the weight loss method if I have any of the said conditions or if I am currently taking any of the said medications unless I specifically consult with a medical doctor while I am on weight loss method, and provide documentation confirming the foregoing.

I understand that if I have any of the aforementioned conditions or if I am currently taking any of the aforementioned medication, or I have not disclosed same to the center and nevertheless chose to go on professional weight loss method without specific supervision, such decision will be completely voluntary, and I release and discharge the center as the laboratories or any employee from any and all damages, liabilities, claims and causes of action of any nature whatsoever that may result from such voluntary decision.

I confirm that the Nutritionist has explained to me that I have had the opportunity to ask questions relating to the weight control method, and that I have been provided with the answers to such questions and that I understand the importance of strictly following the weight control method as explained to me verbally and in the materials provided to me, both before and during the weight control method

without limitation to the foregoing, I confirm that I have been advised that because the weight control method limits the ingestion of certain goods, it is important that I consume the recommended vitamins and minerals while I'm on the weight control method.

I undertake to disclose immediately to the center and nutritionist all the changes in my health status, discomfort, symptoms or other health concerns that I may experience while I am on the weight control method.

نموذج اقرار للتحكم بالوزن تحت اشراف اخصائي تغذية

أقر أن كافة المعلومات التي قمت بالإدلاء بها في ملفي الطبي صحيحة و كاملة و دقيقة و اني لم أخف أي معلومات تتعلق بصحتي أو عاداتي الغذائية جزئيا أو كليا. و أقر اني قد قدمت كافة المعلومات المتعلقة بصحتي الجسمانية و النفسية و اي حالة مرضية كنت قد مررت بها و كافة الجراحات التي قد أجريت لي و الادوية و المكملات التي قد وصفت لي او اقوم بتناولها حاليا.

و أقر أنه ليس لدي اي حالات مرضية من التي سبق ذكرها في الملف الطبي لا تناول أي أدوية عدا عن التي أفضحت عنها في الملف الطبي و اتفهم انني لا يجب ان اتعاطى أي أدوية خلال او بعد اتباعي لطريقة التحكم بالوزن تحت اشراف الاخصائي دون استشارة طبيب و دون اعلامي لخصائي التغذية بهذه الادوية او المكملات و ابراز الوثائق الرسمية التي تدل على ذلك.

اتفهم ان تعاطي أي أدوية دون اعلامي لخصائي التغذية أو خضوعي لطرق تحكم للوزن دون اعلامي للاخصائي و دون اشراف المختصين هو قرار شخصي و اختياري. و أعفي الاخصائي و الطبيب و المركز و أي من موظفيه من تبعات هذا القرار و لا يحق لي المطالبة بأي تعويض عن الاضرار الناتجة عن هذا القرار الاختياري.

أقر أن اخصائية التغذية قد أتاحت لي الفرصة كاملة لمرح اي اسئلة تتعلق بطريقة التحكم بالوزن، و انه قد تمت اجابة كافة اسئلتي بشكل كاف و كامل. و اني اتفهم اهمية اتباعي لطريقة التحكم بالوزن بدقة كما تم شرحها لي شفويا و من خلال المواد المكتوبة التي تم تزويدي بها و الالتزام بكافة التعليمات قبل و بعد اتباعي الطرق التحكم بالوزن.

بالإضافة الى ما سبق أقر أنه قد تم اعلامي أنه بسبب اتباعي لطريقة التحكم بالوزن فإنه يجب تناول بعض الفيتامينات و المعادن و المكملات الغذائية و انه يجب الالتزام بتناول هذه المكملات بينما اتبع وسيلة التحكم بالوزن.

اتعهد باخبار المركز و اخصائية التغذية فورا عن أي تغييرات في حالتي الصحية او اي ضيق او اعراض او اي مشاكل صحية قد يتعرض لها بينما اذعخ لوسيلة التحكم بالوزن.

ID 140818-1

Height 160cm

Age 44

Gender Female

Test Date & Time 14.08.2018. 14:06

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	(L)	32.2 (28.0~34.2)
For building muscles	(kg)	8.6 (7.5~9.1)
For strengthening bones	(kg)	3.33 (2.59~3.17)
For storing excess energy	(kg)	38.9 (11.0~17.6)
Sum of the above	(kg)	83.0 (46.8~63.3)

InBody Score

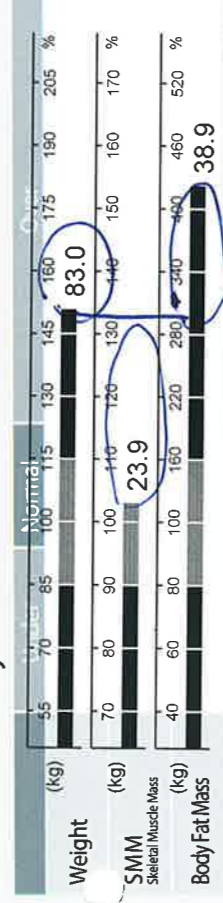
56/100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

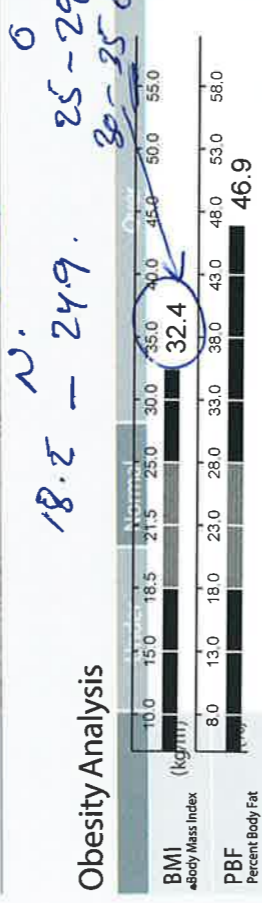
Weight Control

Target Weight 57.2 kg
 Weight Control -25.8 kg
 Fat Control -25.8 kg
 Muscle Control 0.0 kg

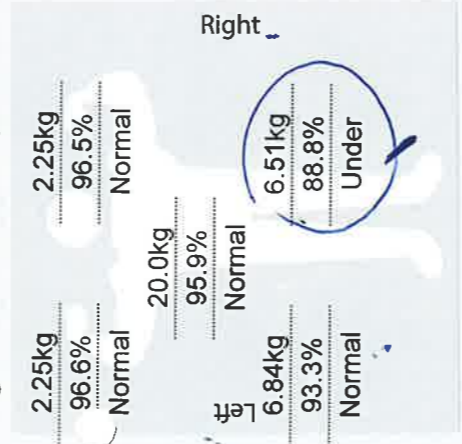
Muscle-Fat Analysis



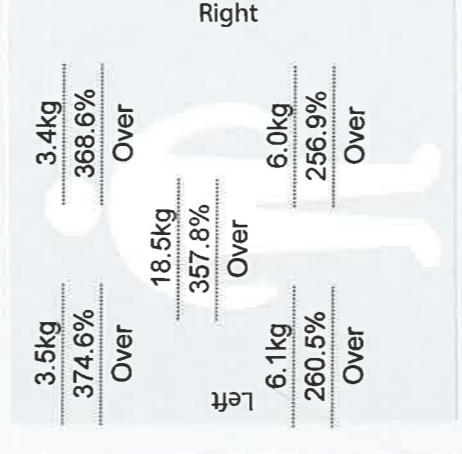
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	83.0
SMM (kg)	23.9
PBF (%)	46.9

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over

PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.94 (Normal range 0.75-0.85)

Visceral Fat Level

Level 19 (Normal range Low 10, High)

Research Parameters

Fat Free Mass 44.1 kg
 Basal Metabolic Rate 1322 kcal (1612~1889)
 Obesity Degree 151 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1721 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf 146 Gateball 158
 Walking 166 Yoga 166
 Badminton 188 Table Tennis 188
 Tennis 249 Bicycling 249
 Boxing 249 Basketball 249
 Mountain Climbing 271 Jumping Rope 291
 Aerobics 291 Jogging 291
 Soccer 291 Swimming 291
 Japanese Fencing 415 Racketball 415
 Squash 415 Taekwondo 415

Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.



Impedance

RA LA TR RL LL
 Z(Ω) 20 kHz 402.7 400.7 22.2 270.6 246.2
 100 kHz 364.5 366.7 19.2 245.8 220.2

إقرار طبي لجهاز الإنديميد

أقر بأنني قد حصلت على المعلومات الكاملة المتعلقة باستخدام جهاز الإنديميد برو الذي يستخدم طاقة الموجات الصوتية لشد الجلد.

استخدام طاقة الموجات الصوتية لشد الجلد ينتج حرارة عتيقة في الجلد في منطقة العلاج. لا يجب ان يسبب العلاج أي ألم و عادة ليس لديه أي أعراض جانبية.

استخدام هذا الجهاز قد يسبب انتفاخا مؤقتا و احمرارا في الجلد, وفي حالات نادرة قد ينتج حرق في منطقة العلاج, وفي هذه الحالة الطبيب المعالج سوف يعالج هذه المنطقة حالا وسوف يتلقى المريض الارشادات حول العلاج المطلوب.

العلاجات البديلة لشد الجلد تتضمن الليزر او التكتولجيا الضوئية . العلاجات التي تعتمد على الليزر تعتبر الأكثر الما وقد تسبب حروقات, بينما التي تعتمد على الضوء أقل فعالية من غيرها.

(أ) أقر بأنني اطلعت على البيانات أعلاه وأنهم توابعها وأنني قد وقعت هذا الإقرار بكامل إرادتي, وأنني قد حصلت على نسخة منه موقعة ومترخة.

(ب) أوافق على اخذ صورة للعلاج لتقييم الطبي.

الاسم: Neda Alsauid

التاريخ: _____

التوقيع: _____



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

2,100.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001051)

Date: 14-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000827 - NADA AL SUWAIDI - 971505999905

The sum of Dhs. **Two Thousand One Hundred Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **2,100.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 14-08-2018

Being

Made by Ghada

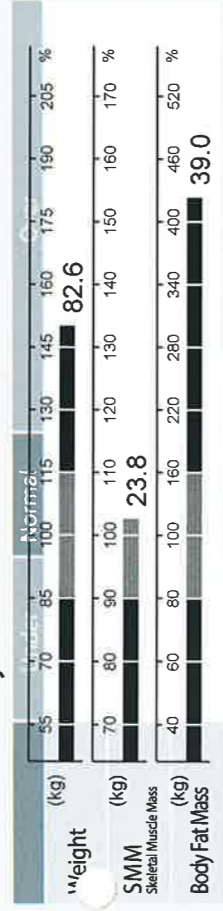
Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae

Nada 2
Eid V.

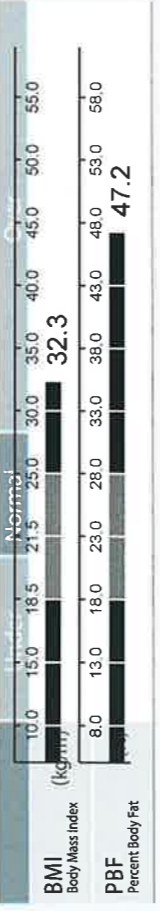
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	(L)	31.9 (28.0~34.2)
For building muscles	(kg)	8.5 (7.5~9.1)
For strengthening bones	(kg)	3.22 (2.59~3.17)
For storing excess energy	(kg)	39.0 (11.0~17.6)
Sum of the above	(kg)	82.6 (46.8~63.3)

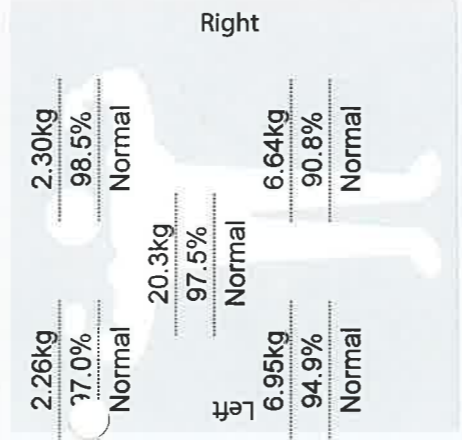
Muscle-Fat Analysis



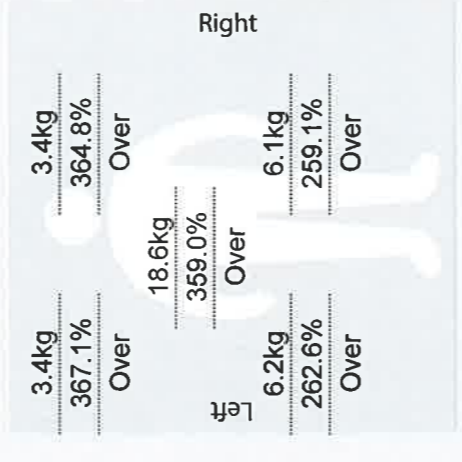
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History



InBody Score

55/100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight	56.6 kg
Weight Control	- 26.0 kg
Fat Control	- 26.0 kg
Muscle Control	0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over

PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.94

Visceral Fat Level

Level 19

Research Parameters

Fat Free Mass	43.6 kg
Basal Metabolic Rate	1312 kcal (1606~1881)
Obesity Degree	150 % (90~110)
Recommended calorie intake	1717 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	145	Gateball	157
Walking	165	Yoga	165
Badminton	187	Table Tennis	187
Tennis	248	Bicycling	248
Boxing	248	Basketball	248
Mountain Climbing	269	Jumping Rope	289
Aerobics	289	Jogging	289
Soccer	289	Swimming	289
Japanese Fencing	413	Racketball	413
Squash	413	Taekwondo	413

Results Interpretation QR Code



Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.

Impedance

Z ₍₃₂₎ 20 kHz	409.6	417.9	23.3	281.8	257.0
100 kHz	367.8	375.8	20.2	253.9	228.1



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001183)

Date:05-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000827 - NADA AL SUWAIDI - 971505999905

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: **05-09-2018**

Being

Made by **Ghada**

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

ID 140818-1 | Height 160cm | Age 44 | Gender Female | Test Date & Time 08.09.2018. 17:17

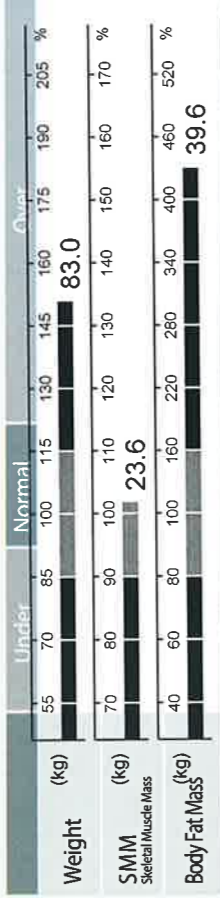
DaDa (4)
mentenan

Periods

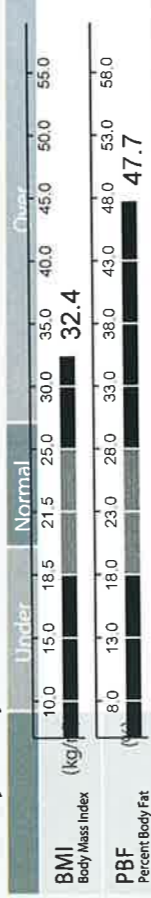
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	31.7 (28.0~34.2)
For building muscles	Protein	(kg)	8.5 (7.5~9.1)
For strengthening bones	Minerals	(kg)	3.22 (2.59~3.17)
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	39.6 (11.0~17.6)
Sum of the above	Weight	(kg)	83.0 (46.8~63.3)

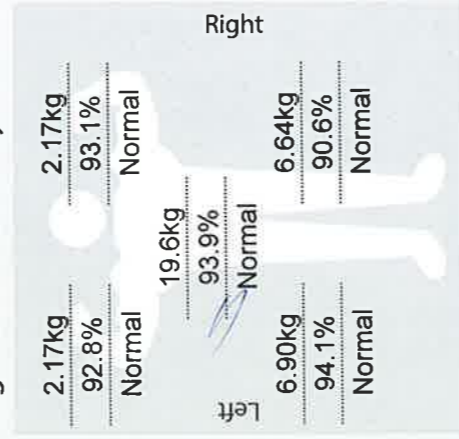
Muscle-Fat Analysis



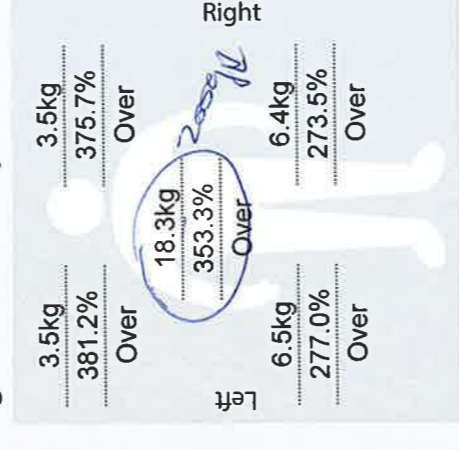
Obesity Analysis



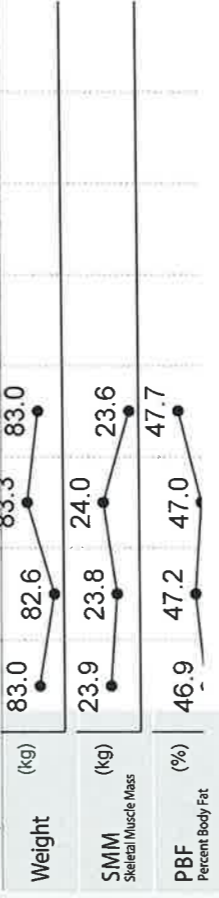
Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History



InBody Score

54 / 100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight 56.3 kg
Weight Control -26.7 kg
Fat Control -26.7 kg
Muscle Control 0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.91

Visceral Fat Level

Level 19

Research Parameters

Fat Free Mass 43.4 kg
Basal Metabolic Rate 1307 kcal (1612~1889)
Obesity Degree 151 % (90~110)
Recommended calorie intake 1721 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	146	Gateball	158
Walking	166	Yoga	166
Badminton	188	Table Tennis	188
Tennis	249	Bicycling	249
Boxing	249	Basketball	249
Mountain Climbing	271	Jumping Rope	291
Aerobics	291	Jogging	291
Soccer	291	Swimming	291
Japanese Fencing	415	Racketball	415
Squash	415	Taekwondo	415

* Based on your current weight
* Based on 30 minute duration

Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.



Impedance

RA LA TR RU LL
Z(Ω) 20 kHz/414.2 414.3 23.1 261.3 243.4
100 kHz/374.4 378.0 19.8 238.3 218.1

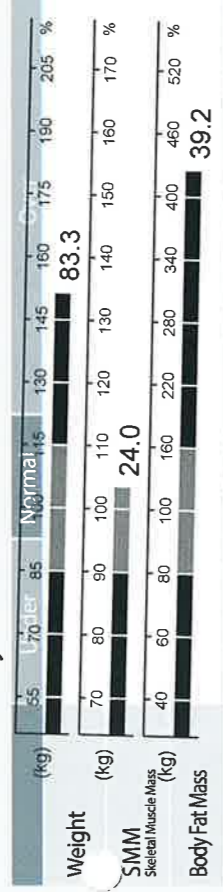
Wada 3
menten

140818-1 Height 160cm Age 44 Gender Female Test Date & Time 01.09.2018. 17:03

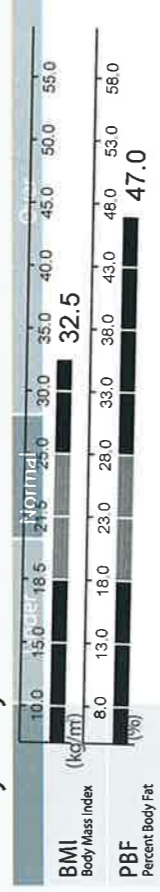
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	(L)	32.2 (28.0~34.2)
Total Body Water	(kg)	8.7 (7.5~9.1)
For building muscles	(kg)	3.23 (2.59~3.17)
For strengthening bones	(kg)	39.2 (11.0~17.6)
For storing excess energy	(kg)	83.3 (46.8~63.3)
Sum of the above	(kg)	

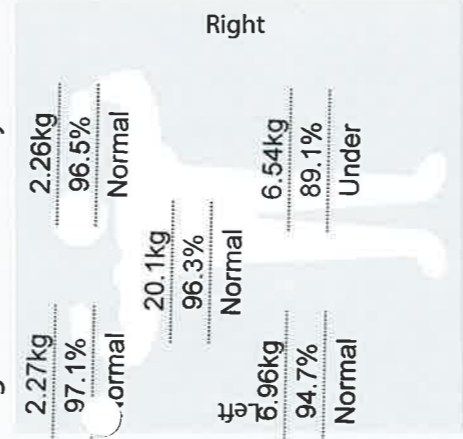
Muscle-Fat Analysis



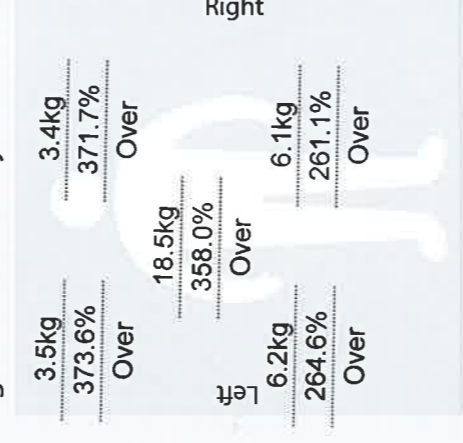
Obesity Analysis



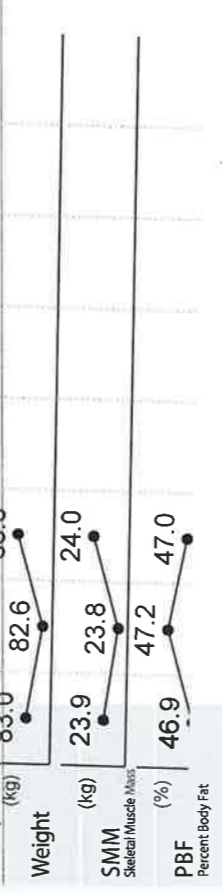
Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History



InBody Score

56/100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight	57.3 kg
Weight Control	-26.0 kg
Fat Control	-26.0 kg
Muscle Control	0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over

PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio



Visceral Fat Level



Research Parameters

Fat Free Mass	44.1 kg
Basal Metabolic Rate	1323 kcal (1617~1894)
Obesity Degree	151 % (90~110)
Recommended calorie intake	1724 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	147	Gateball	158
Walking	167	Yoga	167
Badminton	188	Table Tennis	188
Tennis	250	Bicycling	250
Boxing	250	Basketball	250
Mountain Climbing	272	Jumping Rope	292
Aerobics	292	Jogging	292
Soccer	292	Swimming	292
Japanese Fencing	417	Racketball	417
Squash	417	Taekwondo	417

* Based on your current weight
* Based on 30 minute duration

Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.



Impedance

Z(x)	RA	LA	TR	RL	LL
100 Hz	20.4	408.1	404.4	22.2	275.0
50 Hz	369.4	367.7	19.2	248.7	217.4



يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية بشكل دقيق

Are you pregnant or breast feeding? Yes / No	هل أنت حامل أو تقومين بالإرضاع حالياً؟ نعم / لا
Do you have a history of allergy or anaphylaxis? Yes / No	هل لديك اي حساسية؟ نعم / لا
Are you currently receiving any Medical Treatment? Yes / No	هل تتلقى اي علاجات حالياً؟ نعم / لا
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....
Have you previously recieved any aesthetic treatment? Yes / No	هل قمت سابقا بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....
Have you ever done any treatment with botox or filler? Yes / No	هل قمت سابقا بأي علاج باستخدام البوتوكس أو الفيلر؟ نعم / لا
If yes, provide more details	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل..... كل... كما... استعملت... ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟ الوجه كعبات... الوجه
Did you suffer any side effects after treatment?.....	هل عانيت من اي اعراض جانبية بعد العلاج؟.....
Have you ever suffered from any auto immune disease? Yes / No	هل عانيت من اي امراض مناعية؟ نعم / لا
Do you have any skin infections or inflammations? Yes / No	هل تعاني من اي التهابات او امراض جلدية؟ نعم / لا
Do you take any aspirin, steroids or anticoagulant? Yes / No	هل تتناول اي ستيرويدات او اسبرين او مميعات للدم؟ نعم / لا
Do you have any allergy, specially to Hyaluronic acid, Amide Local Anesthesia or Lidocaine? Yes / No	هل تعاني من اي حساسية خصوصا تجاه حمض الهالورنيك او التخدير الموضعي او الليدوكين؟ نعم / لا
Do you suffer of Hypertrophic Scarring? Yes / No	هل تعاني من تضخم الندب؟ نعم / لا
Do you suffer any cardiac disorders? Yes / No	هل تعاني من اي مشاكل او امراض قلبية؟ نعم / لا
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....

I hereby consent that I have come to orchid medical center for Treatment with Botox / Filler.

أقر أنني قد حضرت إلى مركز أوركيد الطبي للحصول على العلاج باستخدام حقن البوتوكس و الفيلر.

I understand this is an elective procedure and I hereby voluntarily consent to treatment with dermal fillers for facial rejuvenation, lip enhancement, establish proper lip and smile lines, and replacing facial volume. or remove any unwanted wrinkles around eyes and forehead. The procedure has been fully explained to me. I also understand that any treatment performed is between me and the doctor/healthcare provider who is treating me and I will direct all post-operative questions or concerns to the treating clinician. I have read the above and understand it. My questions have been answered satisfactorily. I accept the risks and complications of the procedure and I understand that no guarantees are implied as to the outcome of the procedure. I also certify that if I have any changes in my medical history I will notify the doctor/healthcare professional who treated me immediately.

أقر أن هذا الإجراء الطبي هو إجراء اختياري و أنني قد وقعت هذا القرار بإرادتي الكاملة لإجراء الحقن بالفيلر/ البوتوكس لإعادة التمشية للوجه و تحسين مظهر الشفاة و تغيير مظهرها او إعادة تضاريس الوجه. أو إخفاء التجاعيد في منطقة الجبهة و حول العين. الاستفسارات الى الطبيب المعالج قبل وبعد المعالجة.

I understand that any treatment performed is between me and the doctor/healthcare provider who is treating me and I will direct all post-operative questions or concerns to the treating clinician. I have read the above and understand it. My questions have been answered satisfactorily. I accept the risks and complications of the procedure and I understand that no guarantees are implied as to the outcome of the procedure. I also certify that if I have any changes in my medical history I will notify the doctor/healthcare professional who treated me immediately.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا لقرار و التقييم (أو تمت قرأته لي و أنا على علم بمحتواه) و أن جميع استلتي و استفساراتي قد أُجيبت بالكامل و بشكل مرضي، لا ضمانات قد قدمت لي لنتائج هذا الإجراء الطبي.

I also certify that if I have any changes in my medical history I will notify the doctor/healthcare professional who treated me immediately.

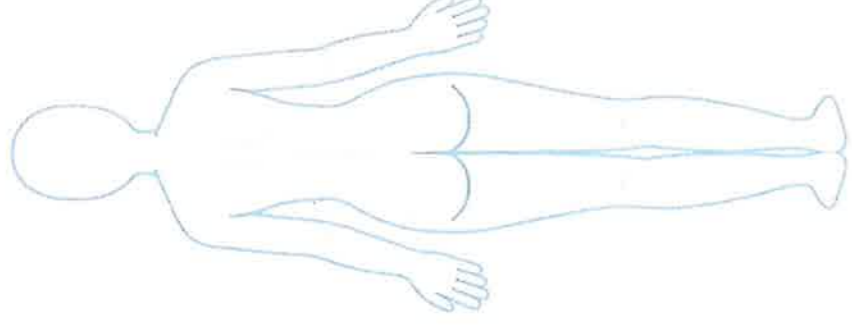
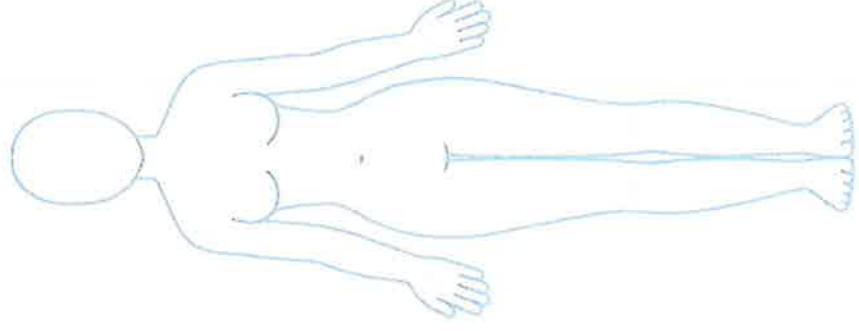
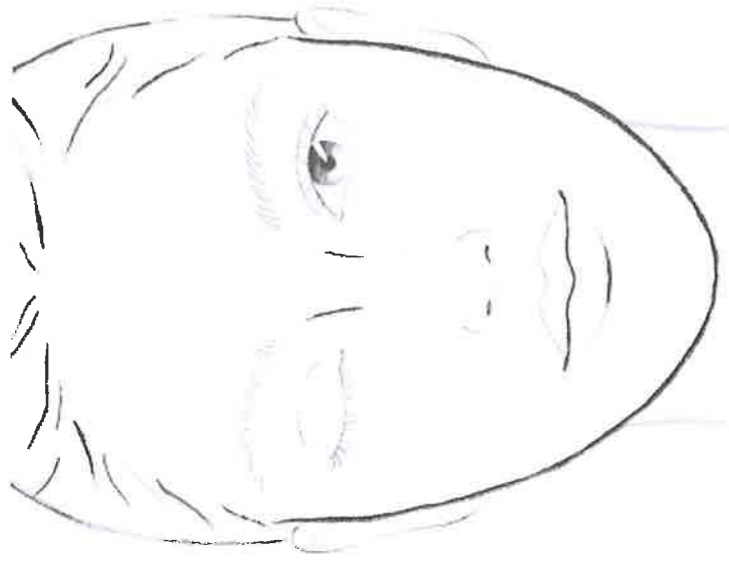
Patient Name and Signature

إسم المريض و التوقيع

.....
Nada Al-Sawadi
.....

Date: ... / ... /

التاريخ: 18... / 19 / 5



Filler Injection Log

Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

Botox Injection Log

Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1			
Session 2			
Session 3			
Session 4			
Session 5			

Doctor's Name and Signature

.....