



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 14/8/2018

File Number: 1000828

Patient Name: Amani Mohamed

اسم المريض

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 11/11/1968 Gender (الجنس): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality (الجنسية): Yemen

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Dubai

Phone No. (رقم الهاتف): 0505633739

E-MAIL:

How did you know about us: Google

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 GI Dissension
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No لا/نعم
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No لا/نعم Vitamin
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	Yes/No لا/نعم Smiley Operation 27/7/18
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، 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 (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	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 اي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No لا/نعم No of 91 للسيدات
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 هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...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.

نموذج القرار الطبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و الوافق،
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تنفيذي بالعلاج الأفضل والخصة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في القصة الأولى و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفهم الطبيب السالط باتخاذ كل الاجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تفهم اي ضمانات او طمئن لتتعلق العلاجات و الاجراءات الطبية أو التخيلية القصة لي، كما أفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- وأدرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالتهاب أو التورم أو التورم أو الألم أو الحساسية.
- أتفهم أن هناك رسوم بالأمن يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المطويات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمته لدى فتحي الملف صحيحة. و أفهم ان اي مطويات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الاطلاع عليها دون مرافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم هذا القرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت علي كامل ارادتي

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

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

AP

Date: ... / ... /

التاريخ: ... / ... /

File No:

Date: / /


Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	SIGNATURE
14/08/18	LHR FACE + Neck, F=14 J/cm ² 2 passes	Dr. Gofan Jovanovich Specialist - Plastic Surgeon MOH License No.: 4020 Orchid Medical Centre	
22/8/18	LHR Neck 14 J / BURST x 2 pass		
1/12/18	LHR Full FACE (DEKA)		
19/1/19	LHR Full FACE		
23/2/19	LHR Full FACE		
6/4/19	Gold Stamp ± HA + nit C		
	LHR Carbon laser		
	Carbon laser		
	29-6-19 Carbon laser		
	7-09-2019 Carbon laser		

Dr. Gofan Jovanovich
 Specialist - Plastic Surgeon
 MOH License No.: 4020
 Orchid Medical Centre

Dr. Wesam Marwan Al Jabbaa
 Specialist - Plastic Surgeon
 MOH License No.: 4020
 Orchid Medical Centre

Dr. Wesam Marwan Al Jabbaa
 Dermatology Specialist
 MOH License No.: 4020
 Orchid Medical Centre

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

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	Amani Mohammed	IDN:	784196882683087	Mother Name:	
Name (Ar)	اماني محمد علي محمد	Card Number:	090335397	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	YEM	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	اليمن		
Issue Date:	05/08/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	18/06/2019	Date of Birth:	11/04/1968	Sponsor Name:	وليد محمد علي حيدر
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	10433133
Residency Type:	03	Residency Number:	20119883073993	Residency Expiry:	18/06/2019
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

8/14/2018



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 الاحترق , قليلا الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلا الاحترق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input checked="" type="checkbox"/> نادرا الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو خدوشة ؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو قرححات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتونين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydeoquenon on Site?Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الريتينويك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتف أو كي أو إزالة الشعر بالشع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately?	متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحمامة تسميرة؟
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 أي وشم 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 تستخدمينها / تستخدمينها ليعتدك حاليا؟ صابون مستحضر
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل أجريت أي 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

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

و أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طبقة من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصبغ الموجودة في بصيلات الشعر فتعمل قدرتها على إتمام الشعر. و أتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات العلاج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و أحي علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالخلق و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تفقت التعليمات التالية:
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تفادي إزالة الشعر بالشع 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 الحساسيات و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يحضهم إزالة الشعر بالليزر.

أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألمحظه 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 التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى 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 أتحدث لمي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لمي. و أنني تجاوزت التامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع
A.F.

التاريخ
2018/8/14

..... hereby consent that came to Orchid Medical Center/ Sharjah to remove unwanted hair by laser. understand that laser produces a beam of light that generates an energy of certain wavelength which is absorbed in the pigments of hair follicles to repair its' ability to grow hair. 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 area of individual responses to treatment. and I consent that I know all the alternative hair removal methods and I choose removing my unwanted hair by laser.

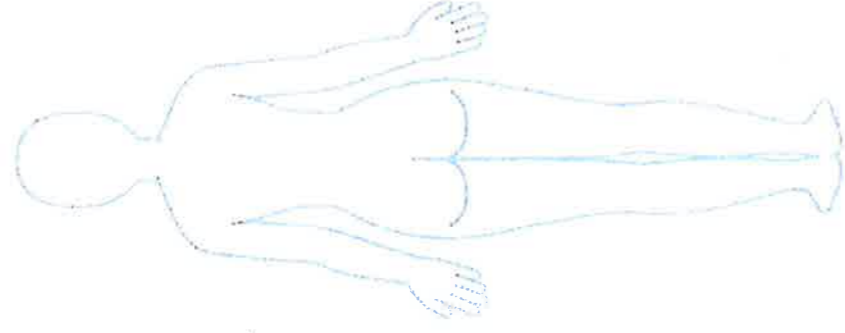
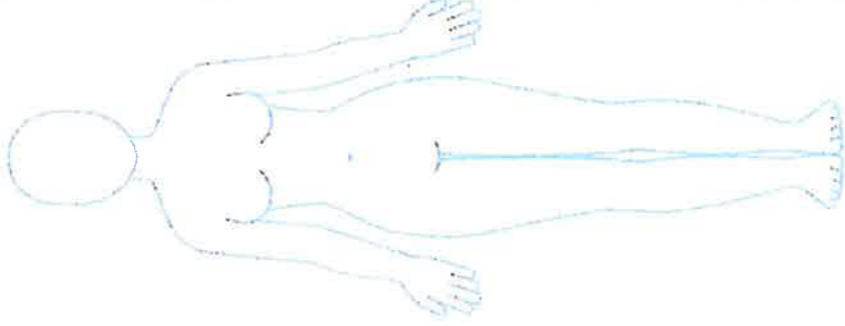
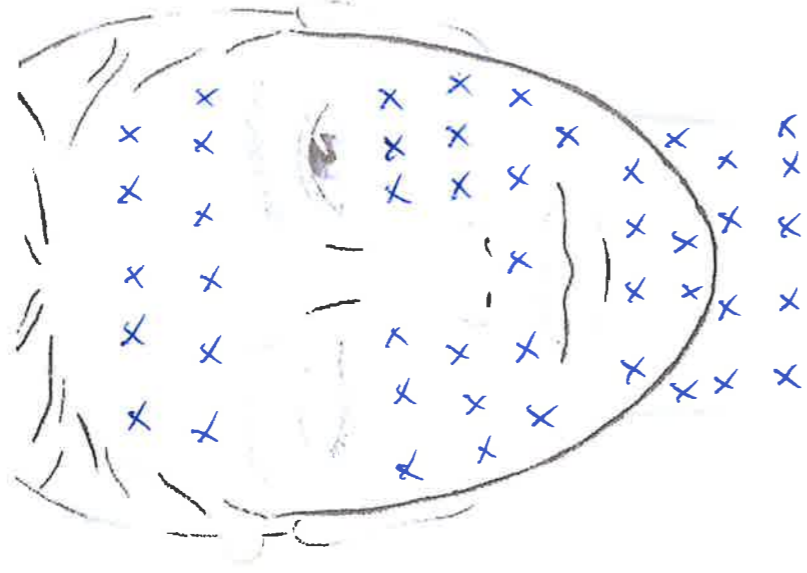
I consent that I got the following precautions:
It's not allowed to get tanned or use tanning solutions for 4-6 weeks before and after treatment.
Waxing and Plucking must be avoided at least 6 weeks prior to sessions.
Tattoos and permanent make up on treatment site will be affected by laser.
Full Medical 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
..... / /

Patient's Name: Amani Mohamed اسم المريض
 File Number: رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



Treatment Date	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
14/08/18	22/09/18	01/12/18	12/1/19	23/2/19	6/4/19	
FACE & NECK	Face & Neck	FACE (Full)	FACE	full face	full face	
Thin	Thin	THIN	THIN	THIN/DARK	THIN/DARK	
DPI	DPI	NO TAG	DPI	NO TAG	NO TAG	
- 14 J/cm ²	14 J/cm ²	15 J/cm ² / 15	16 J BURST	15/15 MS	16 J / 15	
- BURST	BURST					
- 2 pass	2 pass	1	2	1		
Starting Time	3:55 pm	4:30 PM	4:30	3:30 pm		
Finish Time	4:10 pm	4:45 PM	4:45			
Post Treatment						

Therapist Name and Signature: [Signature]

Beams

Beams

Beams



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001053)

Date: 14-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000828 - AMANI MOHAMED - 971505633739

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 315.00 / 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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001303)

Date:22-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000828 - AMANI MOHAMED - 971505643739

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 22-09-2018

Being

Made by Gheda

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-001866)

Date:01-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000828 - AMANI MOHAMED - 971505643739

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: **01-12-2018**

Being

Made by **FATEN**

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002289)

Date: 12-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000828 - AMANI MOHAMED - 971505643739

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 12-01-2019

Being

Made by **FATEN**

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



مركز أوركيڤد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002728)

Date:23-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000828 - AMANI MOHAMED - 971505643739

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 23-02-2019

Being FULL FACE + VAT

Made by Hiba

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 514.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002989)

Date:16-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000828 - AMANI MOHAMED - 971505643739

The sum of Dhs. Five Hundred Fourteen Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 514.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 16-03-2019

Being GOLD STAMP + 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 : 1000828 - AMANI MOHAMED - 971505643739

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,249.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003240

Date: 06-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000828 - AMANI MOHAMED - 971505643739

The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Fourty Nine and Five Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,249.50** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Being **ADVANCE FOR CARBON PKG 3 SESSION (700) + GOLD STAMP (490) + VAT**

Made by **Hiba**

- 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

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

www.omc1.ae



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003239)

Date:06-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000828 - AMANI MOHAMED - 971505643739**

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

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

Bank: Cheque No.

Date: **06-04-2019**

Being **FULL FACE + VAT**

Made by **Hiba**

- 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

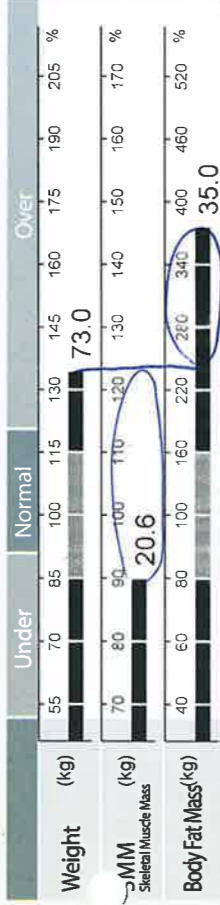
Confirmed by : **1000828 - AMANI MOHAMED - 971505643739**

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

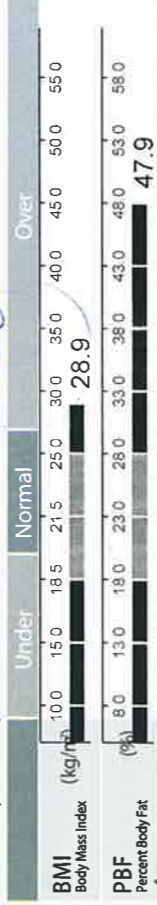
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	27.7 (27.7~33.9)
For building muscles	Protein (kg)	7.5 (7.4~9.0)
For strengthening bones	Minerals (kg)	2.75 (2.56~3.13)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	35.0 (10.9~17.4)
Sum of the above	Weight (kg)	73.0 (46.2~62.6)

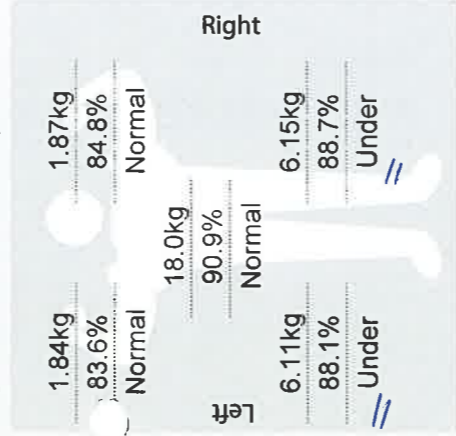
Muscle-Fat Analysis



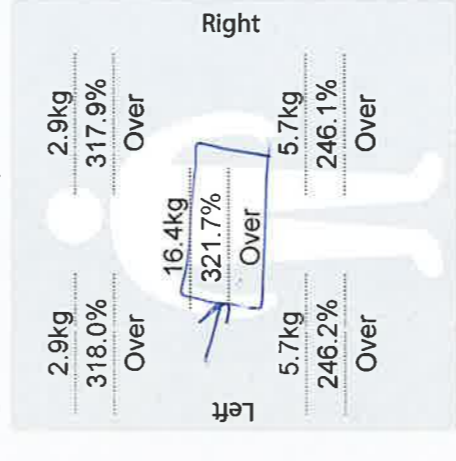
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	73.0
SMM (kg)	20.6
PBF (%)	47.9

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 54.3 kg
 Weight Control - 18.7 kg
 Fat Control - 22.5 kg
 Muscle Control + 3.8 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over

PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.91

Visceral Fat Level

Level: 17

Research Parameters

Fat Free Mass 38.0 kg
 Basal Metabolic Rate 1192 kcal (1463~1706)
 Obesity Degree 134 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1560 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	129	Gateball	139
Walking	146	Yoga	146
Badminton	165	Table Tennis	165
Tennis	219	Bicycling	219
Boxing	219	Basketball	219
Mountain Climbing	238	Jumping Rope	256
Aerobics	256	Jogging	256
Soccer	256	Swimming	256
Japanese Fencing	365	Racketball	365
Squash	365	Taekwondo	365

* 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

KA LA LR RL LL
 Z(kg) 2) 493.2 503.3 28.2 316.8 321.6
 (10) 446.4 454.3 23.5 281.6 285.3



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004238)

Date: 29-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000828 - AMANI MOHAMED - 971505643739

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 29-06-2019

Being 3 SESSION CARBON PKG 700 + VAT

Made by Hibba

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 : 1000828 - AMANI MOHAMED - 971505643739

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