



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 18/8/2018

File Number: 1000844

Patient Name: Basma Muayed Jabir

إسم المريض: Basma Muayed

Date Of Birth: 19/8/79 Gender: M

Marital Status: Married

Nationality: Iraqi

Phone No. (رقم الهاتف): 059 444 9497

Address (العنوان): Shahrjaha

How did you know about us: facebook

E-MAIL:

التاريخ الطبي Medical History		Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition		لا/نعم	
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟		لا/نعم	Thyroid
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟		لا/نعم	
Allergies هل لديك أي حساسية؟		لا/نعم	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟		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		لا/نعم	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في التثقب أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		لا/نعم	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)		لا/نعم	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى		لا/نعم	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟		لا/نعم	
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems السيدات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية		لا/نعم	
Hepatitis, jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		لا/نعم	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		لا/نعم	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		لا/نعم	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		لا/نعم	
Other conditions من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc		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 و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المرئول،
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمور مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي 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 التجسبية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات الجراحية و العلاجية و التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو التزيف أو الألم أو الحساسية
- 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 المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدى فتحني الملف صحيحة. و أتفهم ان أي معلومات تطبق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الاطلاع عليها دون مرافقتي
- 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: ... / ... / .....

## Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

## المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg      Height (الطول): cm      Blood Type (نصيلة الدم):  
Pulse (النبض): ppm      Blood Pressure (ضغط الدم): /      Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

*want zoom whitening*

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

*Staining*

File No: .....

Date: / /

**خطة العلاج Treatment Plan**

Zoom whitening

Doctor's Signature and Stamp





REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO'

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	Basma,Muayad,Jalil, Jalil	IDN:	784197909814630	Mother Name:	Bushra
Name (Ar)	بسمة موزيد جليل, جليل	Card Number:	089703756	Mother Name (Ar):	غير محدد
Title:		Nationality:	CAN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	كندا		
Issue Date:	26/06/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	24/06/2020	Date of Birth:	19/09/1979	Sponsor Name:	ياسر عيسى عبدالحميد آل وهاب
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	57532616
Residency Type:	03	Residency Number:	30120183019073	Residency Expiry:	24/06/2020
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

8/18/2018





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001078)

Date:18-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000844 - BASMA JALIL - 971544449497

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 525.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 18-08-2018

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

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-001079

Date: 18-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000844 - BASMA JALIL - 971544449497

The sum of Dhs. Five Hundred Twenty Five Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 525.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Cheque No.

Date:

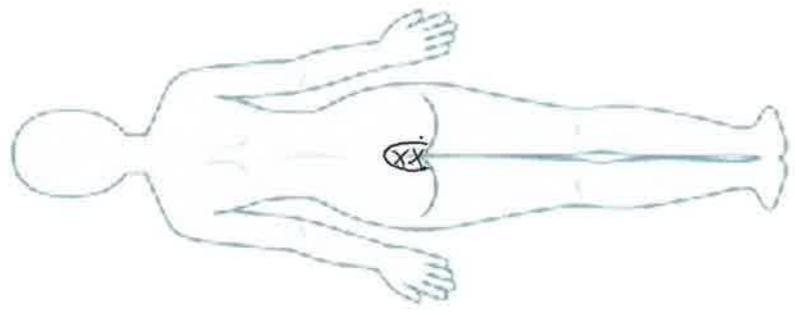
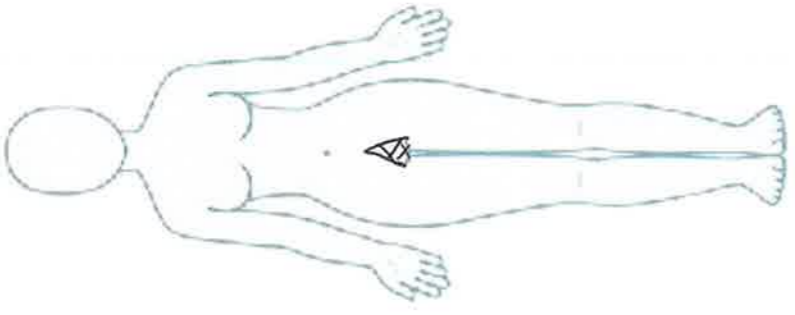
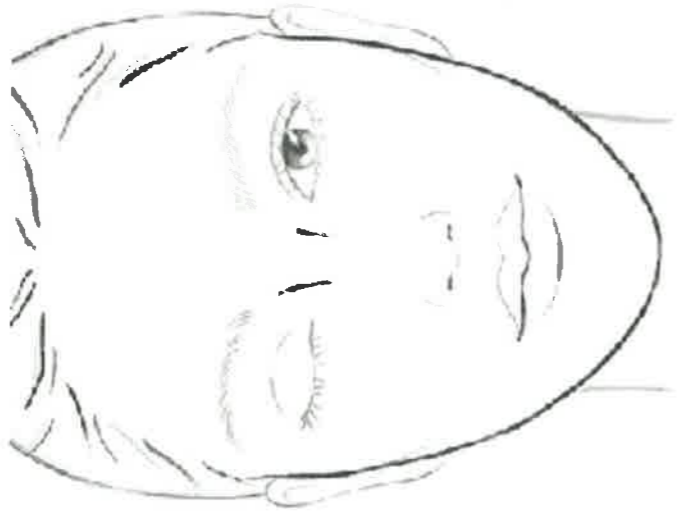
ing ADVANCE FOR PACKAGE (CARBON , UNDERARM , BIKINI)

Made by Ghada

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



Patient's Name: Rasma Huseyd ..... اسم المريض  
 File Number: 1000844 ..... رقم الملف  
 Pain Relief given? Yes / No ..... Evaluation and consent form completed? Yes / No  
 Pretreatment photography taken? Yes / No ..... Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	2/10/18					
Treatment Area	Bikini					
Hair Type	Thick, Dark					
Mode	FDP					
Fluence	6J / SH2					
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes						
Starting Time	11:30 PM					
Finish Time	12:01					
Post Treatment	Followed up					

Therapist Name and Signature ..... Rasma .....



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001232)

Date:12-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000844 - BASMA JALIL - 971544449497

The sum of Dhs. Two Hundred Ten 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 210.00

Bank:           Cheque No.

Date: 12-09-2018

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

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001343)

Date:02-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000844 - BASMA JALIL - 971544449497

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen 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 315.00

Bank: Cheque No.

Date: 02-10-2018

Being

Made by Ghada 

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)