



Date: 19/8/2018

File Number: 1600861

Patient Name: Fatheya Khalil

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 21/6/1972 Gender (الجنس): M / (F)

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): U.A.E. Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Dubai

Phone No. (رقم الهاتف): 0508533384

E-MAIL: How did you know about us: ins.taqa.com

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 حديثاً؟	Yes/No لا/نعم
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات 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 قشغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No لا/نعم
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميوعات الدم؟	Yes/No لا/نعم
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	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 في الكلى أو الأمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No لا/نعم
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems لل سيدات : 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 السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HIV, HSV...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 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 تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً 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 لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المتقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة الفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم أن متاك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فحسي الملف صحيحة و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار 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: ... / ... /

استمارة تقييم المريض
Patient Assessment Formالمؤشرات الحيوية
Vital Signs

Weight (الوزن): Kg

Height (الطول): cm

Blood Type (دم):

Pulse (النبض): ppm

Blood Pressure (دم): /

Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريضة للعيادة
Chief Complaintالتاريخ المرضي:
Disease Historyالحساسية
Allergiesالأدوية
Medicationsالحمل
Pregnancyالجراحات السابقة ، دخول المستشفى
Previous Surgeries, Hospitalization

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية
General & Clinical Findingsالفحص
Examinationالصور الشعاعية
Radiographyالتشخيص
Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

19.03.2018
PRP FOR HAIR (4 SESSIONS)
CONSULTATION K.B.M

Handwritten signature

7-11-2018
PRP has done today

214

Handwritten signature

DR. MOHAMAD FAYEZ BADAWI
D50047
Specialist Dermatology

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Public Data Verification report**File****Valid Signature?**

Non-Modifiable Data (SF3) True
 Modifiable Data (SF5) True
 Holder Signature Image (SF7) True
 Photography True
 Home Address True
 Work Address True

Card Holder Information

Name	Fatheya,Khalil,Alì,Khalil	IDN:	784197285798191	Mother Name:	
Name (Ar)	فتحية, خليل, علي, خليل	Card Number:	065960718	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	201010674
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	20/11/2013	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	20/11/2018	Date of Birth:	21/06/1972	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	99	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

8/19/2018

أقرار بالعلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية PRP Treatment Consent Form

Description of Treatment

This treatment involves the collection of your blood (approximately 11 - 22 ml), then your blood is spun down using a centrifuge to separate out the plasma and platelet portion using the separator gel as a special filter. The PRP portion of your blood is then used at the point of care to re-energize your cells into rejuvenating themselves. The product is 100% your own blood by-product (autologous). If you have any questions please do not hesitate to ask your physician or nurse.

Side Effects

you will likely experience mild to moderate swelling of the treated area, this will last for about 12- 24 hours; ice or cold compresses can be applied to reduce swelling if required. You may notice a tingling sensation while the cells are being activated. In rare cases skin infection may occur, which is easily treated with an anti-biotic.

Contraindications

You should not have PRP treatment done if you have any of the following conditions: Skin conditions and diseases including: Facial cancer, existing or uncured. This includes SCC, BCC and melanoma, systemic cancer, chemotherapy, steroid therapy, dermatological diseases affecting the face (i.e. Porphyria), Blood disorders and platelet abnormalities, Anticoagulation therapy (i.e.: Warfarin)
Platelet dysfunction syndrome, critical thrombocytopenia, hypofibrinogenaemia, haemodynamic instability, sepsis, chronic liver disease, Hepatitis or any acute or chronic infections.
Aspirin, Anti-inflammatory such as Nurofen, Voltaren, Diclofenac, or Naproxen etc.? St Johns Wort, Garlic,
Are you currently taking, or have you recently taken (within 14 days) Vitamin E, or Fish Oil supplements that could have a thinning effect on your blood.

In case of presence of any previously mentioned contraindications please mention it here

Or Ask the doctor if you are not sure or you have any questions.

Patient's Name and Signature:

Date: ... / ... /

وصف العلاج

يتضمن العلاج باستخادان البلازما الغنية بالصفائح الدموية أخذ عينة من دم المريض تساري تقريبا (١١ - ٢٢) مله. ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما والصفائح باستخدام سائل فصل التفتية بشكل خاص. ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية في منطقة العلاج لتحفيز الخلايا و اعادة التنشيط لها. هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض. لذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات لا تردد بسؤال الطبيب المختص أو أي من موظفي المركز.

الاعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الطفيف الى المتوسط في منطقة العلاج و قد يستمر هذا التورم من (١٢-٢٤) ساعة ويمكن وضع الكمامات الباردة و الثلج في المنطقة المتورمة اذا تطلب الأمر. من الممكن ان تشعر ببعض الخوخ الخفيف بينما يتم تنشيط الخلايا. نادرا ما يصاحب العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام المضادات الحيوية.

موانع العلاج

لا يجب ان تلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية:
الامراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير الخالية كسرطانات الخلايا الحشرية و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا الصبغية و السرطان الجهازى و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الامراض الجلدية التي تصيب الوجه (مثال البروفيريا) امراض الدم و الخلل في الصفائح الدموية. علاج تضرر الدم (مثال الوروفين)
متلازمة خلل الصفائح الدموية. نقص الحديد في عدد الصفائح الدموية. نقص في فيبرينوجين الدم. عدم استقرار تنفق الدم. حالات التعفن الدموي، امراض الكبد المزمنة، التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة.
تناول الاسبرين و مضادات الالتهاب كالتيفين و الثيادين و اليفكوفيناك و الفايبركسين. او مستحضرات التجميل. او اذا كنت تتناول حاليا (خلال الاربعة عشر يوما الماضيه) مكملات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي الى ترقق الدم. في حالة وجود احد موانع العلاج التي سبق ذكرها يرجى كتابة ذلك هنا

و اذا لم تكن متأكدا او كنت لديك اي استفسارات اسأل الطبيب المختص.

اسم المريض / التوقيع

التاريخ: / /

PRP Treatment Consent Form اقرار بالعلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية

I understand that due to the natural variation in quality of Platelet rich plasma, results will vary between individuals. I understand that although I may see a change after my first treatment; I may require a series of up to 6 sessions to obtain my desired outcome. The procedure and side effects has been explained to me including alternative methods; as have the advantages and disadvantages. I am advised that though good results are expected, the possibility and nature of complications cannot be accurately anticipated and that, therefore, there can be no guarantee as expressed or implied either as to the success or other result of the treatment. I am aware that the PRP treatment is not permanent as natural degradation will occur over time.

I authorize Dr.
from Orchid Medical Center. perform the injection of PRP (Platelet Rich Plasma) for rejuvenation. This consent form will be valid for up to 6 applications of PRP, after which time I may be asked to compete a new form. I state that I have read (or it has been read to me) and I understand this consent and I understand the information contained in it. I have had the opportunity to ask any questions about the treatment including risks or alternatives and acknowledge that all my questions about the procedure have been answered in a satisfactory manner and that all blanks were filled in prior to my signature and I had the right to refuse the treatment. THIS CONSENT FORM IS VALID UNTIL ALL OR PART IS REVOKED BY ME IN WRITING. When completing the medical questionnaire, I have answered the personal medical history questions fully and to the best of my ability.

Patient's Name and Signature:

Date: ... / ... /

أفهم أن نتائج هذا العلاج قد تتفاوت من شخص إلى آخر باختلاف جودة البلازما الغنية بالصفائح الدموية.
وأفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من بعد جلسة العلاج الأولى قد أحتاج حتى ٦ جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

أقر بأن هذا الإجراء الطبي و آثاره الجانبية و بدائله الممكنة و منافعه و مضاره قد شرحت لي بشكل كامل.
و أنه برغم من النتائج الجيدة المتوقعة فإنه لا يمكن توقع المضاعفات و طبيعتها بدقة. و بالتالي، لا توجد أي ضمانات واضحة أو ضمنية لنجاح هذا العلاج أو أي نتائج أخرى.
أدرك أن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية ليس علاجاً دائماً لأن التراجع الطبيعي سوف يحدث مع الوقت.

أفوض الدكتور
من مركز أوركيد الطبي بالقيام بحقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية لإعادة التضارئة. و أن هذا الإقرار و التفويض سوف يكون صالحاً حتى ل ٦ جلسات قائمة.
و أنني قد أحتاج لتوقيع اقرار آخر بعد ذلك.

أقر أنني قد قرأت محتويات هذا الإقرار بالكامل (أو قد تمت قرأته لي) و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.
و أنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الاخطار و الاعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له. و أن جميع أسئلتي قد أجيب بشكل كامل و وافي و أن جميع الاجابات التي ضمنتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملؤها قبل توقيعني أدناه و أنه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

ان هذا الإقرار صالح بالكامل حتى ألقيه كاملاً أو جزئياً و بخط اليد.

أقر أنني قد ملأت استمارة الاسئلة الطبية و شرحت تاريخي الطبي بشكل كامل و بكامل ارادتي.

اسم المريض / التوقيع

التاريخ: ... / ... /



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001102)

Date:19-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000861 - Fatheya KHALIL - 971508533384

The sum of Dhs. **Eight Hundred Forty Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **840.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 19-08-2018

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 840.00

RECEIPT VOUCHER


No: REC-001103

Date: 19-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000861 - Fatheya KHALIL - 971508533384

The sum of Dhs. **Eight Hundred Fourty Only**By Cash **160.00** / By Credit Card **680.00** (Bank Charges: 0.00) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: _____ Cheque No. _____ Date: _____

_____ ing **ADVANCE FOR PRP FOR HAIR**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 الأقرب لنوع بشرتك ؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input checked="" type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة 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"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> شاذرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جروح زرع / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج / نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الاكيتان/ الايسوتريتينون خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroquinon on Site?Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجايكوليك أو الهيدركوينون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتفك أو كمي أو إزالة الشعر بالشمع 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 بجلسة تسمير؟
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 وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي مشكلات أو 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 اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل انت 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 their' 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 variation 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

أقر أنا بحسب ما علمت من قبله من أطباء مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المشعور. وأتفهم أن أشعة الليزر تنتج طبقا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر فتعمل قدرتها على إثناء الشعر. وأتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وإني علم على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكلي وإني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
 - يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفك قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
 - الوشم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
 - يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات والمساحيق و دواعي البشرة
 - الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكيتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
- أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. ومن الممكن حدوث بعض التورم والتشققات. وهذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الي عدة ايام بعد العلاج. نفس أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تدوم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

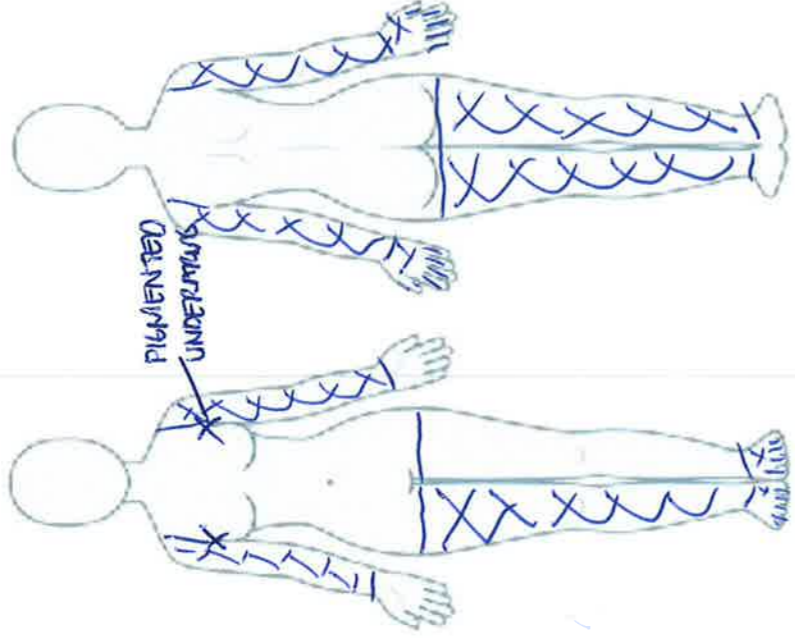
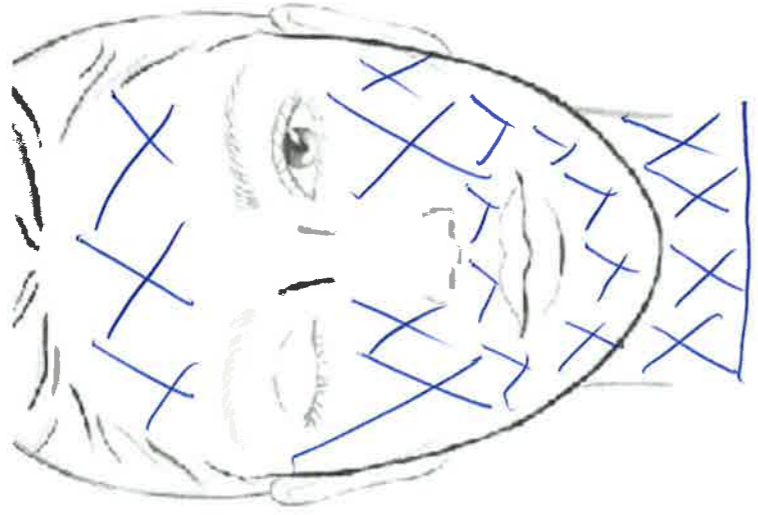
أقر أنه قد أتحت لي الفرصة للاستفسار وتوجيه الأسئلة الي المعالج المختص. وأني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. وأني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ

..... / /

Patient's Name: :إسم المريض
 File Number: 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	25/8/18	6/10/18				
Treatment Area	UNDERARMS	FULL BODY				
Hair Type	DMX, COARSE	DMX, COARSE				
Mode	DP1	DP1				
Fluence	10 J/cm ²	16 J/cm ²				
Pulse Type	BURST	BURST				
CNT Pulse	*					
Passes	2	2				
Starting Time	2:42 PM	10:30 AM				
Finish Time	2:55 PM	12:30 PM				
Post Treatment						

Therapist Name and Signature *NISSIE HANE*



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001120)

Date: 25-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000861 - Fatheya KHALIL - 971508533384

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

By Cash 105.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-08-2018

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-001377)

Date: 06-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000861 - Fatheya KHALIL - 971508533384

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: 06-10-2018

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

AED 400.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-001378

Date: 06-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000861 - Fatheya KHALIL - 971508533384

The sum of Dhs. **Four Hundred Only**By Cash **400.00** / 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:

Being **ADVANCE FOR FULL BODY LHR PACKAGE**

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001643)

Date: 07-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000861 - Fatheya KHALIL - 971508533384

The sum of Dhs. **Eight Hundred Forty 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 **840.00**

Bank: Cheque No.

Date: 07-11-2018

Being

Made by  Ghada

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