



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 19/8/2018

File Number: ١٥٥٥.864

Patient Name: Moxham, S.A.M

إسم المريض

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 30/5/1990 Gender (الجنس): M / (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality (الجنسية): Iraq : (الوظيفة) Occupation

Address (العنوان): Ajman : (رقم الهاتف): 052 855 8555

E-MAIL: How did you know about us:

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	القولون العصبي
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No لا/نعم	X
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No لا/نعم	حساسية من الحبوب تشنج و سيبيريوي قشرية
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes/No لا/نعم	X
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 لا/نعم	X
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميحات للدم؟	Yes/No لا/نعم	X
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Yes/No لا/نعم	X
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No لا/نعم	X
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو الأمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No لا/نعم	X
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems السيدات : هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No لا/نعم	X
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No لا/نعم	X
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No لا/نعم	X
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا/نعم	X
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم	X
Other conditions HIV, HIV... etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc	Yes/No لا/نعم	X



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 المؤهل،
- أتقدم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتقدم 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 الصانع باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتفادي العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقامة لي، كما أتقدم بالخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتقدم تماماً كافة الخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التوريم أو التزيف أو الألم أو الحساسية
- أتقدم أن هناك 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 قمته لدي فتحتي الملف صحيحة و أتقدم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر ان 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 بكمال ارادتي

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

التاريخ: / /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg Height (الطول): cm Blood Type (نصية الدم):

Pulse (التبض): ppm Blood Pressure (مضط الدم): / 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 ، ائخال المستشفى

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (الكول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

اللائحظائ العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

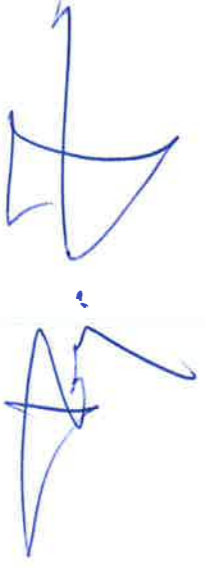
التشخيص Diagnosis

File No:

Date: 18, 3, 2018

Treatment Plan خطة العلاج

CONSUMPTION KIBLATI BAKTON
KAW FAWER FUR TFXM DROP



Doctor's Signature and Stamp

.....



Kindly Answer the following Questions Precisely يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية بشكل دقيق

Are you pregnant or breast feeding? Yes / No	هل أنت حامل أو توفين بالرضاع حاليا؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Do you have a history of allergy or anaphylaxis? Yes / No	هل لديك اي حساسية؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Are you currently receiving any Medical Treatment? Yes / No	هل تتلقى اي علاجات حاليا؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....
Have you previously recieved any aesthetic treatment? Yes / No	هل قدمت سابقا بأي إجراء تجميلي؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
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 او الفيلر؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
If Yes, provide more details	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....
What Areas are treated and when?.....	ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟.....
Did you suffer any side effects after treatment?.....	هل عانيت من أي اعراض جانبية بعد العلاج؟.....
Have you ever suffered from any auto immune disease? Yes / No	هل عانيت من أي امراض مناعية؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Do you have any skin infections or inflammations? Yes / No	هل تعاني من أي التهابات أو امراض جلدية؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Do you take any aspirin, steroids or anticoagulant? Yes / No	هل تتناول اي ستيرويدات أو اسبرين أو مميعات للدم؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Do you have any allergy, specially to Hyaluronic acid, Amide Local Anesthesia or Lidocaine? Yes / No	هل تعاني من أي حساسية خصوصا تجاه حمض الهالورنيك او التخدير الموضعي او الليدوكاين؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Do you suffer of Hypertrophic Scarring? Yes / No	هل تعاني من تضخم الندب؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Do you suffer any cardiac disorders? Yes / No	هل تعاني من أي مشاكل أو امراض قلبية؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....

I hereby consent that I have came 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.

أفهم أن هذا الإجراء هو إجراء اختياري، وأنني قد وقعت هذا القرار بوعي الكاملة لإجراء الحقن بالفيلر / البوتوكس لإعادة التماسك للوجه وتحسين مظهر الشفاه وتغيير مظهرها أو إعادة تضاريس الوجه. أو إخفاء التجاعيد في منطقة الجبهة وحول العين. وأقر أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل وأنني سوف أوجه جميع الأسئلة والاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل وبعد الحاجة.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا القرار والتقييم (أو تمت قراءته لي) وأنا على علم بمحتواه) وأن جميع أسئلتني واستفساراتي قد أُجبت بالكامل بشكل مرضٍ، ولا ضمانات قد قدمت لي بنتائج هذا الإجراء الطبي.

وأشهد أنني قد أعطيت المعلومات في هذا النموذج بشكل كامل وصحيح وأنني اتحمل مسؤولية التبليغ في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

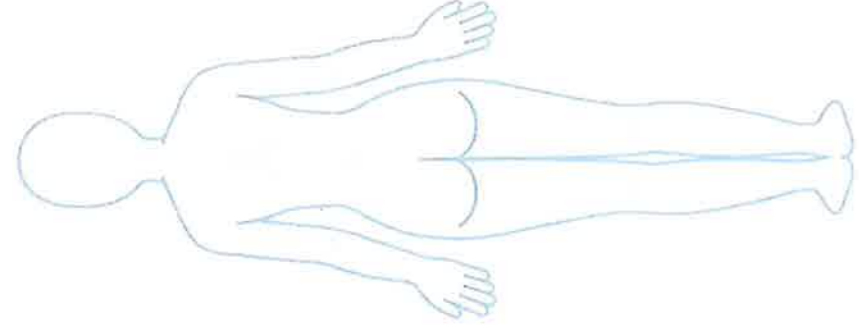
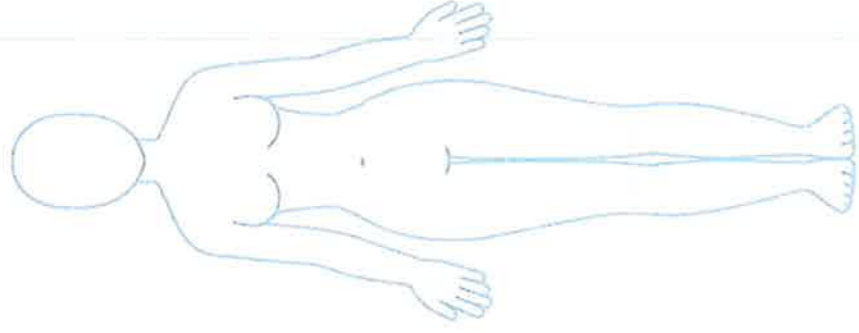
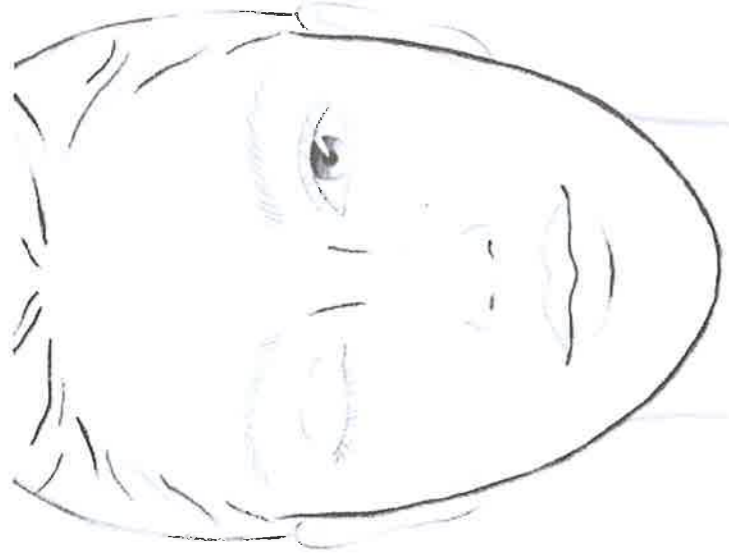
Patient Name and Signature

إسم المريض و التوقيع

.....


Date: ... / ... /

التاريخ: ... / ... /



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

.....

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO*

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	Maryam, Jaafar, Isam	IDN:	784199098607213	Mother Name:	Sanad
Name (Ar)	مريم جعفر عيسى	Card Number:	080179606	Mother Name (Ar):	ساناد
Title:		Nationality:	IRQ	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	العراق		
Issue Date:	28/09/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	02
Expiry Date:	15/12/2018	Date of Birth:	30/05/1990	Sponsor Name:	بدر احمد عبدالله محمد
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	341345
Residency Type:	03	Residency Number:	20120133043369	Residency Expiry:	15/12/2018
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

8/19/2018



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001167)

Date: 02-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000864 - MARIAM ISAM - 971528558555

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: 02-09-2018

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

2,257.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001106)

Date:19-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000864 - MARIAM ISAM - 971528558555

The sum of Dhs. Two Thousand Two Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 2,257.50 / 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