



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

وحدة... التجميل... جمال
Health ... Smile ... Beauty

Date: 15/9/2018

Patient Name: Rayda AL Ali

File Number: 1000942

إسم المريض:

Date Of Birth: 7/1/1988 Gender: M (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: (الجنسية): U.a.e

(F)

Address (العنوان): Dha. Jaha

Phone No. (رقم الهاتف): 0569823194

E-MAIL:

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 أذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No لا/نعم	لا - سمى الكلى
Corticosteroids/immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No لا/نعم	PCOD
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 روماتويدية، التهاب عضف 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 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 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 أمراض يولية أو تناسلية؟	Yes/No لا/نعم	جسومات في الكلى
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems السيدات: 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 such as HIV, AIDS, etc. هل تعاني من أي أمراض أخرى فيروس الحما القبيح، فيروس الإيدز، فيروس نقص المناعة البشرية، إلخ.	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 وأسمح للطبيب بطرح حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل،
- أتعلم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي بالعلاج الأفضل.
- أتعلم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نكر 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 التجميلية المقصدة لي، كما أتعلم الاضرار و المضاعفات الناتجة عن عدم استعمال علاج حالتي المرضية.
- أتعلم تماماً كافة الاضرار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو النزيف أو الالام أو الحساسية
- أتعلم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي قد بقي الملقف صحيحة و أتعلم ان اي معلومات تتطرق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدى 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 دون السن القانونية):

التاريخ: ١٥ / ٩ / ٢٠١٥

Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية
 Vital Signs
 Weight (الوزن): Kg
 Height (الطول): cm
 Pulse (النبض): ppm
 Blood Pressure (ضغط الدم): /
 Blood Type (نوعية الدم):
 Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة
 Chief Complaint

weight loss

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية
 Allergies

الأدوية
 Medications

الحمل
 Pregnancy

عمليات سابقة ، الخال المستشفى
 Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين : Y / N

التدخين الكحول : Y / N

التدخين القاقير : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية
 General & Clinical Findings

الفحص
 Examination

الصور الشعاعية
 Radiography

التشخيص
 Diagnosis

File No:

Date: 8/6/21

Treatment Plan خطة العلاج

Package 5 kg c Sessions Endy med

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAeAIOEBAA83ODQxO

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	Rayeda,Obaid,Ali,Obaid,Al-Ali	IDN:	784198829165319	Mother Name:	
Name (Ar)	رائدة عبد علي ، ابي ، ابي ، ابي	Card Number:	087586992	Mother Name (Ar):	
Title		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	301009606
Issue Date:	08/02/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	08/02/2023	Date of Birth:	07/01/1988	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

رائدة

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

9/15/2018

ID 150918-1 | Height 161cm | Age 30 | Gender Female | Test Date & Time 15.09.2018. 17:43

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	(L)	24.5 (28.4~34.7)
For building muscles	(kg)	6.6 (7.7~9.4)
For strengthening bones	(kg)	2.50 (2.63~3.21)
For storing excess energy	(kg)	29.9 (11.1~17.8)
Sum of the above	(kg)	63.5 (47.3~64.1)

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 55.7 kg
 Weight Control - 7.8 kg
 Fat Control - 17.1 kg
 Muscle Control + 9.3 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

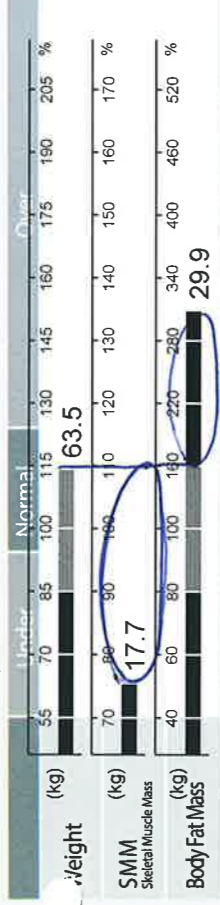
Waist-Hip Ratio

0.87

Visceral Fat Level

Level 16

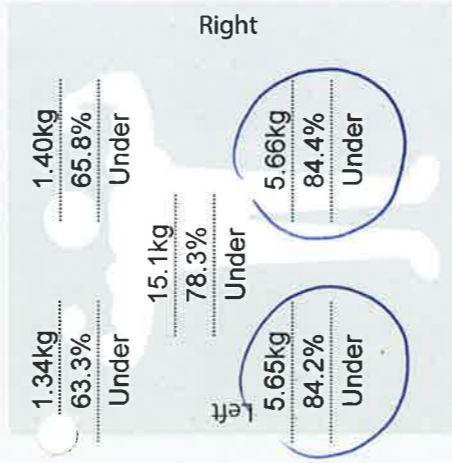
Muscle-Fat Analysis



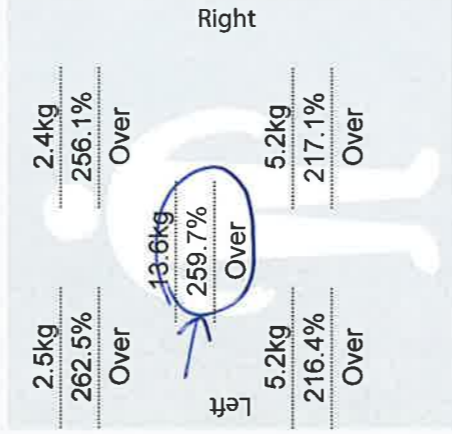
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History



Research Parameters

Fat Free Mass 33.6 kg
 Basal Metabolic Rate 1096 kcal (1321~1532)
 Obesity Degree 114 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1622 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	112	Gateball	121
Walking	127	Yoga	127
Badminton	144	Table Tennis	144
Tennis	191	Bicycling	191
Boxing	191	Basketball	191
Mountain Climbing	207	Jumping Rope	222
Aerobics	222	Jogging	222
Soccer	222	Swimming	222
Japanese Fencing	318	Racketball	318
Squash	318	Taekwondo	318

* 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 RL LL
 Z(Ω) 20 REZ | 519.0 538.1 34.1 310.4 310.6
 100 REZ | 479.6 502.0 31.0 283.2 284.7

→ green tea
→ oat BT

Date 15/9/18

Client's Signature _____

Counselor's Name Balson

Food Intolerance (if any) No

Acidly / Heart Burn / Constipation _____

No. of meals consumed / day 3 main meals + chocolate as snack

Veg (Non Veg) / Ovo Veg chix + meat like

Frequency of eating out / week 3-4 times

Diet Recall - Total Calories (Kcal) 2300 kcal

CHO (gm) 240

Protein (gm) 70

Fat (gm) 70

Lifestyle: Sedentary / Moderate / Heavy

Diet Advised - Total calories (Kcal) 1800 kcal

CHO (gm) 200

Protein (gm) 80

Fat (gm) 50

Remarks
water: 700ml water-daily
oats, Biscuits, oats / Delite: Toast Brown, Bread Brown.

Not re 11/11/18 last period - 7/7/18

PC etc, Diff protein / {050/9823194}

DIETARY ASSESSMENT



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... إبتسامة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

Dietary Consultation

نموذج استشارة غذائية

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: 15/9/2018

File Number: 1000942

Patient Name: Rayeda Al Ali

Current Weight (الوزن الحالي): 64 ك.ج

Weight 1 year ago (الوزن السنة الماضية):

Maximum Adult Weight (أعلى وزن):

Age: (العمر):

Minimum Adult Weight (أقل وزن):

Age: (العمر):

Do You Exercise (هل تقوم بالتمارين الرياضية) (كم مرة):

Exercise Type (نوع التمرين):

How Often (كم مرة):

Yes / No

هل انتظمت سابقا بأي حمية غذائية؟ نعم / لا

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 لك؟

Dr. Nutrition

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

loss method

يقياس ١ الى ١٠ ، حدد درجة أهمية فقدانك الوزن تحت اشراف المختصين

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

How Many Children Do You Have? كم عدد اطفالك؟

Who does the most cooking at home? Mom من يقوم بطهي الطعام غالبا في المنزل؟

On Average how many hours do you sleep per night? 7-8 ما هو معدل ساعات نومك ليلا؟

PCAD

Eating Habits العادات الغذائية

Do You Have Breakfast Every Morning? Yes Sometimes No Never
Approximate time: 6:30 - 7:45 am

Details: egg, cheese, olives, milk
Omelet c, Hakumi 3oz (2-3) (Tea c milk 1cup)
+ (1) Toast

Do You Have a Snack Before Lunch? Yes Sometimes No Never
Approximate time: Corn flax (c) yogurt + Cornflax (1 cup) 11 am

Details: tea c sugar (3-4) tsp
+ galaxy (2-3) small pps

Do You Have Lunch Every Morning? Yes Sometimes No Never
Approximate time: * 3:30 - 3:50 pm

Details: Berriany 1/2 cup + cup (yogurt c cucumber)
* Formal sabana 1/2 Breast chix. or 1 P.S. meat
Macaroni spaghetti

Do You Have a Snack Before dinner? Yes Sometimes No Never
Approximate time: 5-6 pm

Details: (tea c milk + shabana 3-4) *
c Date

Do You Have Lunch Every Morning? Yes Sometimes No Never
Approximate time: 9:00 pm

Details: { (1/2) cyfoal
{ 1/2 Parati or shawarma / Finised chix
Orange juice samawese }

Do You Have a Snack Before dinner? Yes Sometimes No Never
Approximate time: 11 pm

Details: ~~11 pm~~

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

اقر ان 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 أنني قد قدمت كافة المعلومات المتعلقة بصحتي الجسدية و النفسية و أي حالة مرضية كنت قد مررت بها و كافة الجراحات التي قد أجريت لي و الادوية و المكملات التي قد وصفت لي أو اقوم بتناولها حاليا.

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

اتقهم ان تعاطي أي أدوية دون اعلامي لأخصائي التغذية أو خضوعي لطرق تحكم للوزن دون اعلامي للأخصائي و دون اشراف المختصين هو قرار شخصي و اختياري. و أعفي الأخصائي 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.

اقر أن اخصائية التغذية قد أتاحت لي الفرصة كاملة لطرح أي اسئلة تتعلق بطريقة التحكم بالوزن، و انه قد تمت اجابة كافة اسئلتي بشكل كاف و كامل. و اني اتقهم 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 لطرق 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 أو أي ضيق أو اعراض أو أي مشاكل صحية قد يتعرض لها بينما اخضع لوسيلة التحكم بالوزن.



مركز أوركيڤد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

2,100.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001251)

Date:15-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000942 - RAYEDA AL ALI - 971509823194

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: 15-09-2018

Being

Made by Ghadee

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

160918-1

Height

Age

Gender
Female

Test Date & Time

22.09.2018. 15:51

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	25.6 (28.4~34.7)
For building muscles	Protein	(kg)	6.8 (7.7~9.4)
For strengthening bones	Minerals	(kg)	2.72 (2.63~3.21)
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	27.7 (11.1~17.8)
Sum of the above	Weight	(kg)	62.8 (47.3~64.1)

InBody Score

57 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight 55.8 kg
 Weight Control - 7.0 kg
 Fat Control - 14.9 kg
 Muscle Control + 7.9 kg

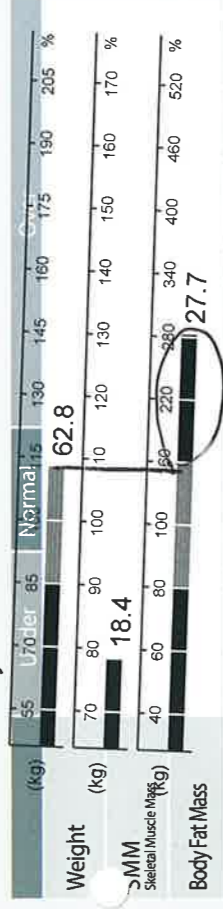
Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.84

Muscle-Fat Analysis



Obesity Analysis



Visceral Fat Level

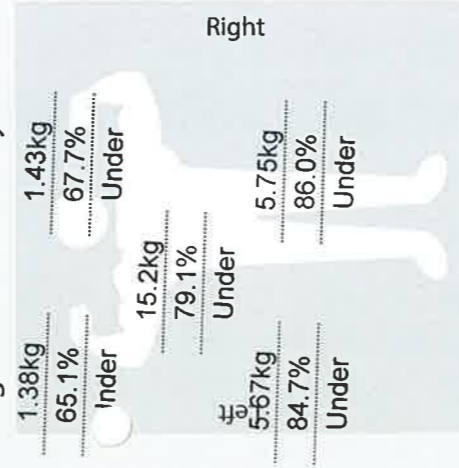
Level 14

Low 10 High

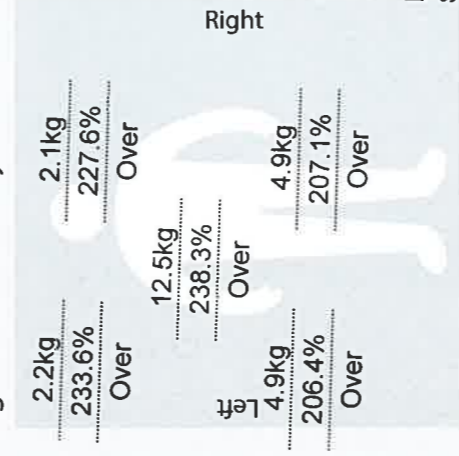
Research Parameters

Fat Free Mass 35.1 kg
 Basal Metabolic Rate 1127 kcal (1310~1519)
 Obesity Degree 113 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1614 kcal

Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Calorie Expenditure of Exercise

Golf 111 Gateball 119
 Walking 126 Yoga 126
 Badminton 142 Table Tennis 142
 Tennis 188 Bicycling 188
 Boxing 188 Basketball 188
 Mountain Climbing 205 Jumping Rope 220
 Aerobics 220 Jogging 220
 Soccer 220 Swimming 220
 Japanese Fencing 314 Racketball 314
 Squash 314 Taekwondo 314

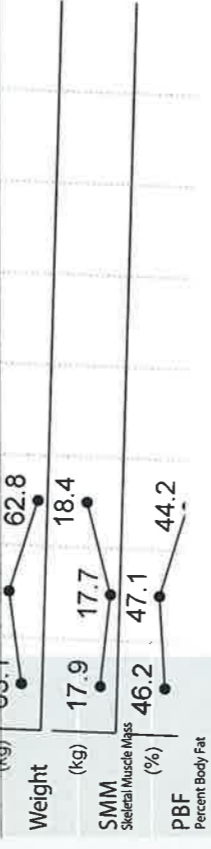
*Based on your current weight
 *Based on 30 minute duration

Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see more detail.



Body Composition History



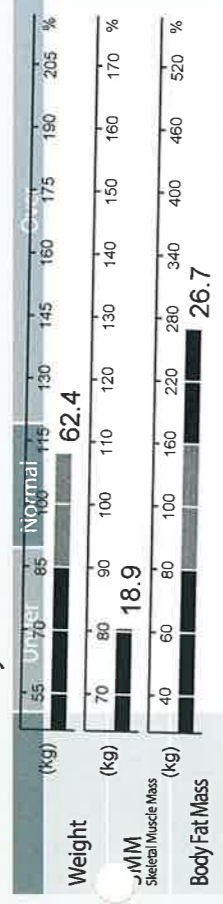
Impedance

RA LA TR RL LL
 Z₂₀ 529.9 550.9 28.4 298.8 306.7
 Z₁₀₀ 487.3 511.4 24.8 276.0 284.0

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	(L)	26.0 (28.4~34.7)
For building muscles	(kg)	7.0 (7.7~9.4)
For strengthening bones	(kg)	2.73 (2.63~3.21)
For storing excess energy	(kg)	26.7 (11.1~17.8)
Sum of the above	(kg)	62.4 (47.3~64.1)

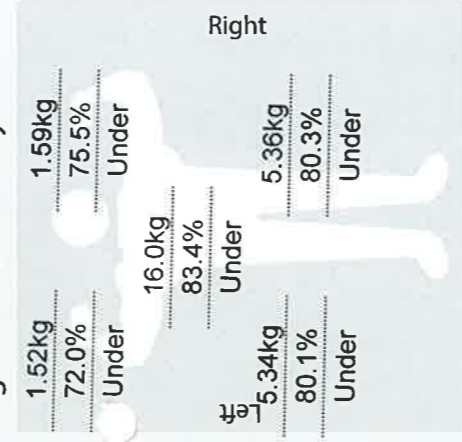
Muscle-Fat Analysis



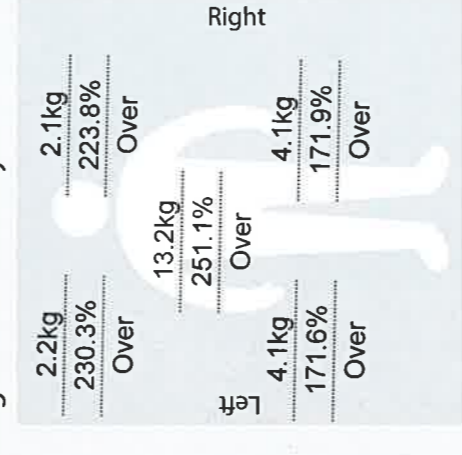
Obesity Analysis



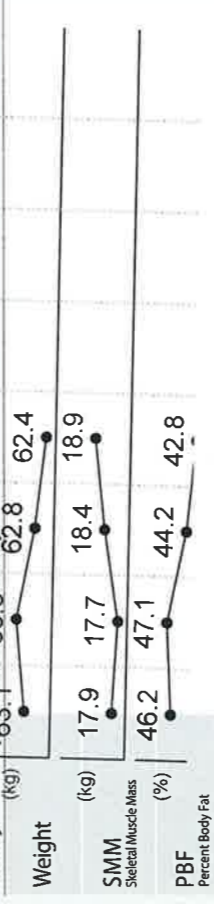
Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History



InBody Score

59 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight: 55.7 kg
 Weight Control: - 6.7 kg
 Fat Control: - 13.9 kg
 Muscle Control: + 7.2 kg

Obesity Evaluation

BMI: Normal Under Slightly Over Over
 PBF: Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.92 (Normal range: 0.75-0.85)

Visceral Fat Level

Level 15 (Normal range: 10-15)

Research Parameters

Fat Free Mass: 35.7 kg
 Basal Metabolic Rate: 1141 kcal (1304~1512)
 Obesity Degree: 112 % (90~110)
 Recommended calorie intake: 1610 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	110	Gateball	119
Walking	125	Yoga	125
Badminton	141	Table Tennis	141
Tennis	187	Bicycling	187
Boxing	187	Basketball	187
Mountain Climbing	203	Jumping Rope	218
Aerobics	218	Jogging	218
Soccer	218	Swimming	218
Japanese Fencing	312	Racketball	312
Squash	312	Taekwondo	312

*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(Ω): 20 kHz | 482.0 505.9 28.6 338.6 340.5
 100 kHz | 447.8 474.1 25.3 308.7 311.5

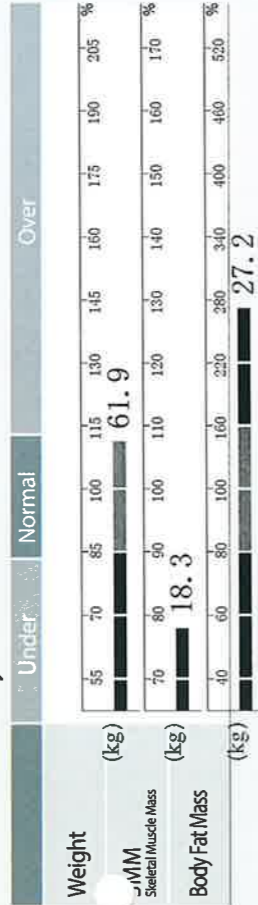
ID 150918-1 | Height 161cm | Age 30 | Gender Female | Test Date & Time 02.10.2018 12:22

Good

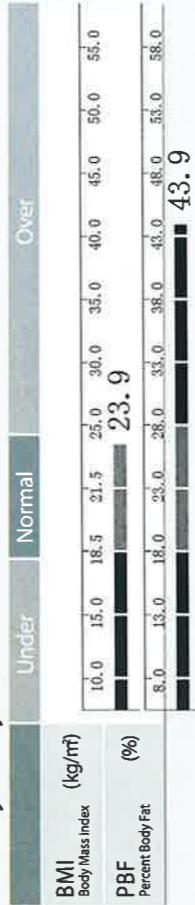
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	25.3	(28.4 ~ 34.7)
For building muscles	Protein	(kg)	6.8	(7.7 ~ 9.4)
For strengthening bones	Minerals	(kg)	2.62	(2.63 ~ 3.21)
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	27.2	(11.1 ~ 17.8)
Sum of the above	Weight	(kg)	61.9	(47.3 ~ 64.1)

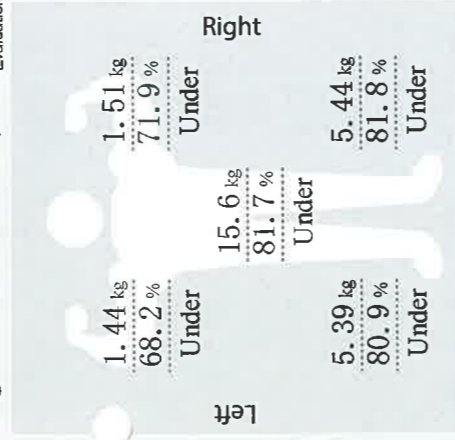
Muscle-Fat Analysis



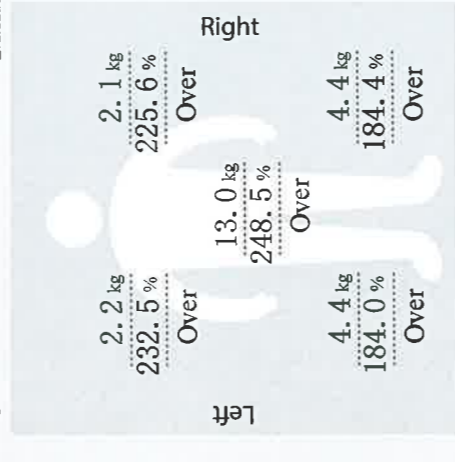
Obesity Analysis



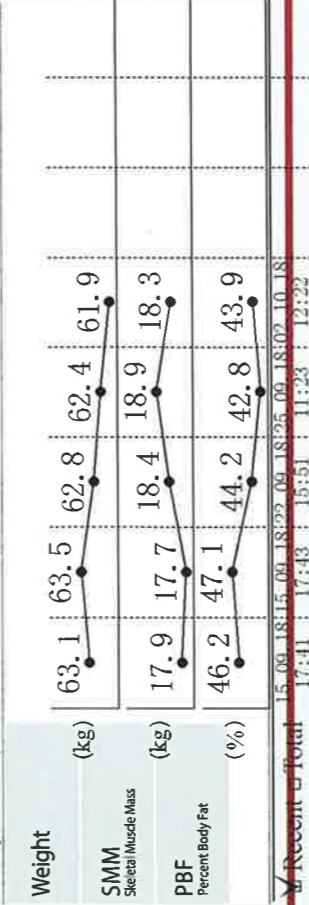
Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History



InBody Score

57/100 Points

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

Weight Control

Target Weight 55.7 kg
 Weight Control -6.2 kg
 Fat Control -14.4 kg
 Muscle Control +8.2 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.90 (0.75 ~ 0.85)

Visceral Fat Level

Level 15 (Low 10 High)

Research Parameters

Fat Free Mass 34.7 kg
 Basal Metabolic Rate 1120 kcal (1297 ~ 1502)
 Obesity Degree 111% (90 ~ 110)
 Recommended calorie intake 1605 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	109	Gateball	118
Walking	124	Yoga	124
Badminton	140	Table Tennis	140
Tennis	186	Bicycling	186
Boxing	186	Basketball	186
Mountain Climbing	202	Jumping Rope	217
Aerobics	217	Jogging	217
Soccer	217	Swimming	217
Japanese Fencing	310	Racketball	310
Squash	310	Taekwondo	310

* 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(Ω) 20 kHz | 517.6 546.5 29.7 339.6 347.2
 100 kHz | 477.1 508.4 25.7 310.7 318.4