



Date: 29/9/2018

File Number: 1000996

Patient Name: YOUSSEF EZZANTAR

Date Of Birth 25/9/1996 Gender: M / F

اسم المريض: .....  
(الحالة الاجتماعية):

Nationality: Marocaine

Marital Status:

Address: Shoufah

Phone No. (رقم الهاتف): 0547569960

E-MAIL: .....

How did you know about us: Google

الحالة الطبية / Medical Condition	Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا/نعم	لا
Corticosteroids/immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟	لا/نعم	لا
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا/نعم	لا
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟	لا/نعم	لا
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب عضلة القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا/نعم	لا
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا/نعم	لا
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) وغيرها	لا/نعم	لا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	لا/نعم	لا
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا/نعم	لا
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للبنات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية	لا/نعم	لا
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى	لا/نعم	لا
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	لا/نعم	لا
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا/نعم	لا
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا/نعم	لا
Other conditions MSU, HIV...etc فيروس الهزاز البسيط	لا/نعم	لا

## 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 of 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.

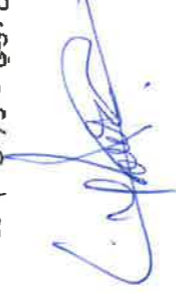
Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: ... / ... / .....

## نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بإجراء حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و التوقيع.
- أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل توثيق و معالجة الأذى و الخدمة الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نكر في القمص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفهم أن بعض الإجراءات المتخذة كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطائفة.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية الحقيقية لي، كما أفهم الأخطار و المضاعفات الناجمة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة الفحوصات و الإجراءات المادية و الجراحية.
- و أؤكد أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تقضي على مضاعفات كالالتهاب أو القوم أو النزف أو الألم أو الحساسية.
- أفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي تقديمها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من الحالة.
- أقر أن كافة المطالبات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي قد تحمي الطرف صحيحة، و أفهم أن أي مطوعات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإفصاح عليها دون موافقتي.
- أقر أن نوعي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و الذي قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و الذي وقع عليه بكامل إرادتي.

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



التاريخ: ... / ... / .....

## Patient Assessment

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

سبب زيارة المريض للحياة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

عمليات سابقة ، الجراحات  
Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (نعم/لا): Smoking (Y / N)

الكحول (تناه): Alcohol (Y / N)

الأدوية (تناه): Drugs (Y / N)

العلامات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

المشعاعية الصور Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /


**Treatment Plan** خطة العلاج


Doctor's Signature and Stamp:

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
22/9	pro-social + mask	350	Ø	
4/11/18	Filler restopus f lip 1 put			
7/11/2018	Fup mild pechy mashi Cas Repair			

HYACORP Face  
 BioSCIENCE GmbH  
 19073 Dummer, Germany  
 LOT X16-2118/1  
 2021-05  
 CE2409  


Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI  
 D50047  
 Specialist Dermatology

Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI  
 D50047  
 Specialist Dermatology



United Arab Emirates

دولة الإمارات العربية المتحدة

Driving License

رخصة قيادة



مملكة البحرين

MITR308347

Licensing Authority

License No.	624853	رقم الرخصة
Name	YOUSSRA EZZANTAR	الاسم - فوس الزنطار
Nationality	MOROCCO	الجنسية - المغرب
Date of Birth	25-09-1996	تاريخ الميلاد
Issue Date	23-02-2017	تاريخ الاصدار
Expiry Date	27-02-2023	تاريخ الانتهاء
Place of Issue	SHARJAH	جهة الاصدار - الشارقة



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

367.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001335)

Date: 29-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000996 - YOUSRA EZZANTAR - 971547569960

The sum of Dhs. Three Hundred Sixty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 367.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 29-09-2018

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)



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

945.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001597)

Date:04-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000996 - YOUSRA EZZANTAR - 971547569960

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 945.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:                      Cheque No.

Date: 04-11-2018

Being

Made by  Ghada

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