



Date: 29/9/2018

File Number: 100998

Patient Name: Nalin Suranga

اسم المريض

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 20/1/1989 Gender (الجنس): M / F

Manital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality (الجنسية): Sri Lanka

Address (العنوان): Sharjah

Phone No. (رقم الهاتف): 0524530569

E-MAIL: How did you know about us: G.A.O.egk

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؟	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 تعاطى من أي أمراض؟	Yes/No لا/نعم	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No لا/نعم	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في التبريد أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	Yes/No لا/نعم	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (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 تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟	Yes/No لا/نعم	
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للسيدات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تتعاطين 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 تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا/نعم	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم	
Other conditions هل تعاطى من أي أمراض أخرى؟	Yes/No لا/نعم	
HIV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...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 at 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: 09/03/18

## نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بحاجاتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يكتشف 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 المسالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أفهم أن هناك رسوم و تكاليف إضافية التي قد تكون مصلحية للفحوصات و الإجراءات الجراحية و الجراحية و العلاجية و التشخيصية و التي قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية المرضية.
- أفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية للفحوصات و الإجراءات الجراحية و الجراحية و العلاجية و التشخيصية و التي قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية المرضية.
- أفهم أن هناك رسوم و تكاليف إضافية يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أفهم أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي قد تبقى للملف صحيحة و أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.
- أفهم أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحها لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل اراضي

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

التاريخ: 09/03/18

File No: .....

Date: / /

## Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية  
Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نصبة الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط 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 ، الخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings  
ملاحظات العامة و السريرية

الفحص  
Examination

المصور الشعاعية  
Radiography

التشخيص  
Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan خطة العلاج**

Doctor's Signature and Stamp

.....



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	Nalin Suranga, Wijesinghe	IDN:	784198096428473	Mother Name:	
Name (Ar)	نالين سورانجا, وياجسينغ	Card Number:	083344830	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	LKA	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	سري لائكا		
Issue Date:	10/05/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	03/05/2019	Date of Birth:	20/01/1980	Sponsor Name:	مركزه العظيم ذ م م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120152215895	Residency Expiry:	03/05/2019
ID Type:	IL	Occupation:	5144	Occupation Field:	00



Photo

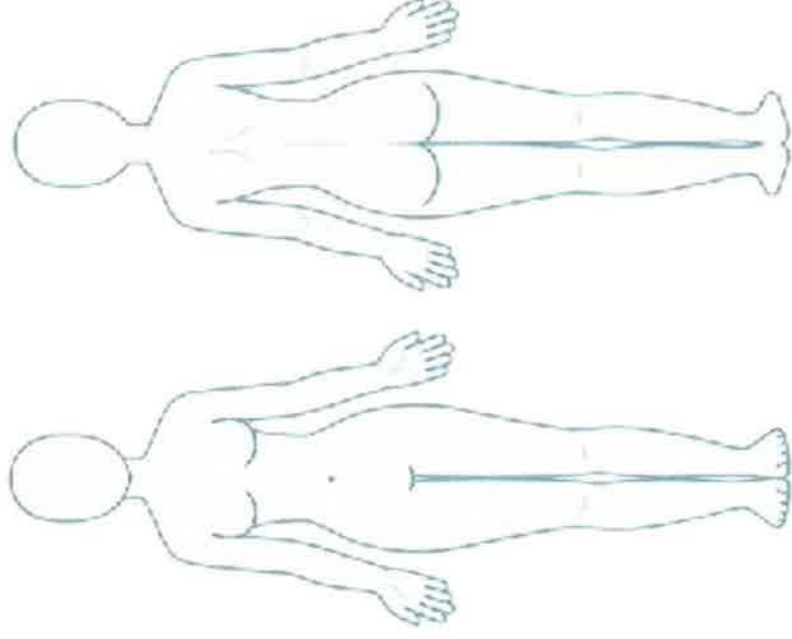
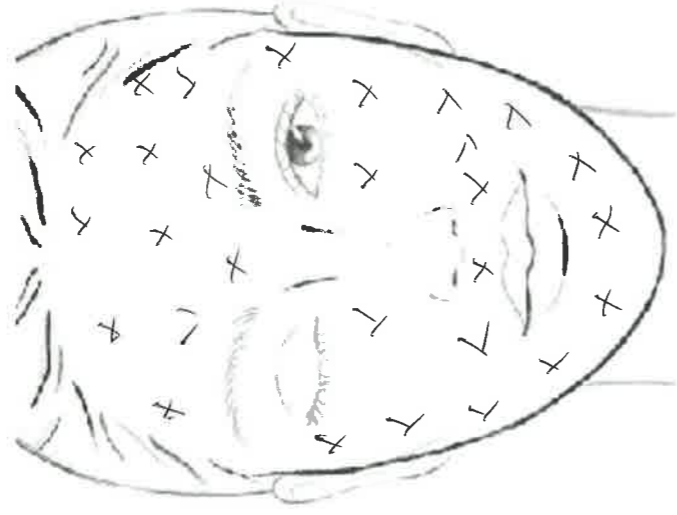
Signature Image

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

9/29/2018



Patient's Name: Nalini Swamy ..... 29/9/18 ..... 1st session  
 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	29/9/18					
Treatment Area	Full face					
Hair Type	Thick, coarse					
Mode	DFI					
Fluence	12J cm <sup>2</sup>					
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	2 pass					
Starting Time	8:30 PM					
Finish Time	9 PM					
Post Treatment	facial cold advised					

Therapist Name and Signature ..... 





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001337)

Date:29-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000998 - NALIN SURANGA - 971524530369

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 315.00 / 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)