



File No: ...1001015

Date: 6 / 10 / 2018

Date: 6 / 10 / 2018
File Number: 1001015
Patient Name: Yahya Al-Makki
Date Of Birth: 7 / 7 / 1982 Gender: M / F
Nationality: Yemeni
Address: Sana'a
E-MAIL: Dr.yahya@omc.com.ye
Occupation:
Marital Status: (الجماعية):
Phone No. (رقم الهاتف): 5504828286
How did you know about us: Dr.yahya@omc.com.ye

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	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؟	✓	✓
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	✓	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	✓	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	✓	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	✓	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميغات الدم؟	✓	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	✓	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	✓	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	✓	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مفتح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	✓	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	✓	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	✓	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	✓	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	✓	
Other conditions HIV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc	✓	

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.

نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل،

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الاضائية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأفضل 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 اي ضمانات او تأمين لتأجيل العلاجات و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للقصورات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.

و اذ ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فتحي الملف صحفية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتعقيم 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

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

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

Date: ... / ... /

التاريخ: ... / ... /

أنا
A

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الصلاسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة والسريية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج


Amino 21k For Try For 3weeks or
more

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
6/16/18	Amnio zik			
1/5/2019	skin tags cautery Botox Plan: FRR + PRP + facial	1000 1000		
6/5/2019	fu good res book for: carbon laser 3 sessi- facial 1 session done whetting mask 1 sess			

د. وسام مروان الطيباع
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 أخصائي جلدية
 Dermatology specialist
 MOH License No.: V826
 مركز أوركيذ الطبي
 Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطيباع
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 أخصائي جلدية
 Dermatology specialist
 MOH License No.: V826
 مركز أوركيذ الطبي
 Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطيباع
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 أخصائي جلدية
 Dermatology specialist
 MOH License No.: V826
 مركز أوركيذ الطبي
 Orchid Medical Centre

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQXO

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	Yahya,Mohammed,Saleh,Al Maleki	IDN:	784198231043914	Mother Name:	
Name (Ar)	يحيى محمد صالح الملكي	Card Number:	080904122	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	YEM	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	اليمن		
Issue Date:	16/11/2016	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	13/11/2018	Date of Birth:	17/07/1982	Sponsor Name:	دار الخفيف و المسحين للوسطه في بيع العقارات وعقاراتها
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120162518517	Residency Expiry:	13/11/2018
ID Type:	IL	Occupation:	1231	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

10/6/2018



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: 6/10/2018 File Number: 101015

Patient Name: Yahya Al Maleki اسم المريض:

Current Weight (الوزن الحالي): Weight 1 year ago (الوزن السنة الماضية):

Minimum Adult Weight (أقل وزن): Age: Maximum Adult Weight (أعلى وزن): Age:

Do You Exercise (هل تقوم بالتمارين الرياضية) : Yes / No (نوع التمرين) : How Often (كم مرّة) :

Have You Been on a diet before? 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 الإجابة نعم ، لماذا تعتقد ان تلك الحمية لم تكن مناسبة اليه؟

.....
.....
.....

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

بمقياس ١ الي ١٠ ، حدد درجة اهمية فقدانك للوزن 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 الطفالك؟

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

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

العادات الغذائية Eating Habits

Do You Have Breakfast Every Morning? **الطُورُ البُكر** Breakfast
Approximate time: Yes Sometimes No Never

Details:

.....
.....
.....
.....

Do You Have a Snack Before Lunch? Yes Sometimes No Never
Approximate time:

Details:

.....
.....
.....
.....

الطُورُ الظُهْر Lunch

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

Details:

.....
.....
.....
.....

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

Details:

.....
.....
.....
.....

الطُورُ العِشَاء Dinner

Do You Have Dinner Every Morning? Yes Sometimes No Never
Approximate time:

Details:

.....
.....
.....
.....

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

Details:

.....
.....
.....
.....

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 التحكم بالوزن تحت اشراف اخصائي تغذية

أقر أن كافة المعلومات التي قمت بالإدلاء بها في ملفي الطبي صحيحة و كاملة و دقيقة و أنني لم أخف أي معلومات تتعلق بصحتي أو عاداتي الغذائية خزنياً أو كلياً. و أقر أنني قد قدمت كافة المعلومات المتعلقة بصحتي الجسمانية و النفسية و أي حالة مرضية كنت قد مررت بها و كافة الجراحات التي قد أجريت لي و الأدوية و المكملات التي قد وصفت لي أو أقوم بتناولها حالياً.

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

اتعهد ان تعاطي أي أدوية دون اعلامي لأخصائي التغذية او خصوصي لطرق تحكم الوزن 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.

أقر أن اخصائية التغذية قد أتاحت لي الفرصة كاملة لطرح اي اسئلة تتعلق بطريقة التحكم بالوزن، و انه قد تمت اجابة كافة اسئلتني بشكل كاف و كامل. و أنني اتعهد اهمية اتباعي لطريقة التحكم بالوزن بدقة كما تم شرحها لي شفويًا 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 فوراً عن أي تغييرات في حالتي الصحية او اي ضيق او اعراض او اي مشاكل صحية قد أتعرض لها بينما اخضع لوسيلة التحكم بالوزن.

ID 061018-1 | Height 171cm | Age 36 | Gender Male | Test Date & Time 06.10.2018. 17:09

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	(L)	47.8 (36.2~44.2)
For building muscles	(kg)	12.9 (9.7~11.9)
For strengthening bones	(kg)	4.48 (3.35~4.09)
For storing excess energy	(kg)	56.5 (7.7~15.4)
Sum of the above	(kg)	121.7 (54.7~73.9)

InBody Score

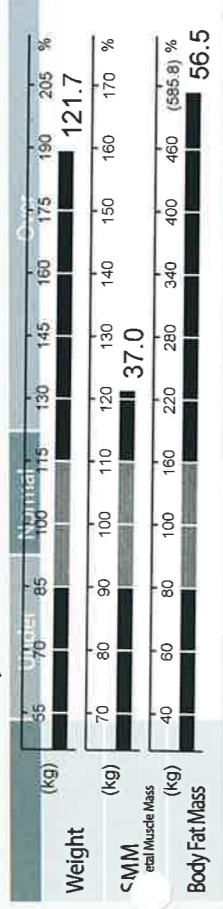
45/100 Points

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

Weight Control

Target Weight 76.7 kg
 Weight Control -45.0 kg
 Fat Control -45.0 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Muscle-Fat Analysis



Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

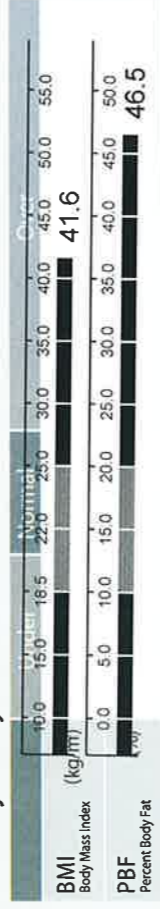
Waist-Hip Ratio

1.08

Visceral Fat Level

Level 20

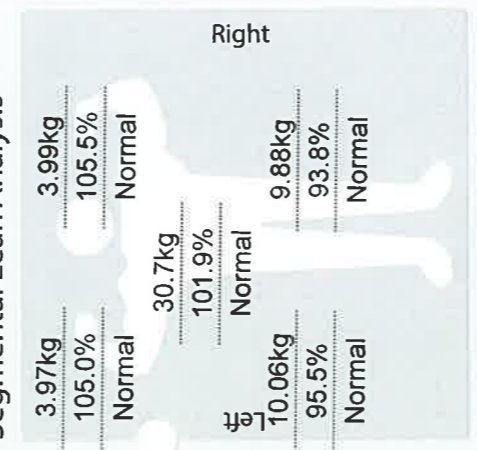
Obesity Analysis



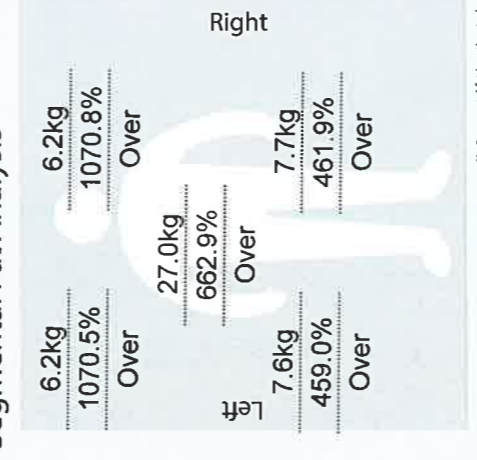
Research Parameters

Fat Free Mass 65.2 kg
 Basal Metabolic Rate 1778 kcal (2381~2828)
 Obesity Degree 189 % (90~110)
 Recommended calorie intake 2992 kcal

Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Calorie Expenditure of Exercise

Golf	214	Gateball	231
Walking	243	Yoga	243
Badminton	275	Table Tennis	275
Tennis	365	Bicycling	365
Boxing	365	Basketball	365
Mountain Climbing	397	Jumping Rope	426
Aerobics	426	Jogging	426
Soccer	426	Swimming	426
Japanese Fencing	609	Racketball	609
Squash	609	Taekwondo	609

*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.



Body Composition History

Weight	(kg)	121.7
SMM	(kg)	37.0
PBF	(%)	46.5

Impedance

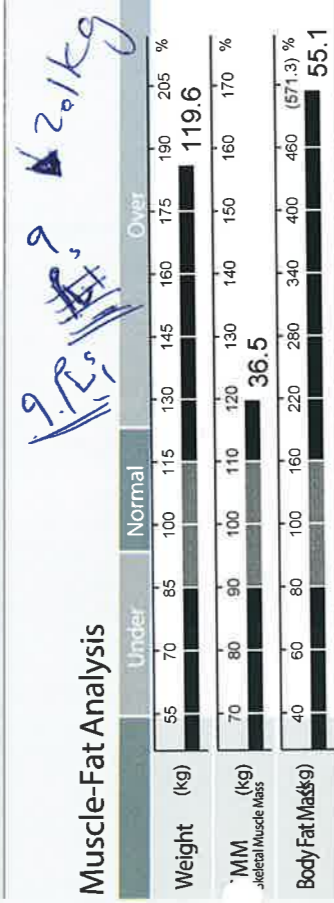
RA LA TR RL LL
 Z(φ) 20 kHz | 294.0 296.1 20.3 222.7 211.7
 100 kHz | 258.5 260.4 17.2 196.1 186.5

ID 061018-1 | Height 171cm | Age 36 | Gender Male | Test Date & Time 16.10.2018. 15:41

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	47.3 (36.2~44.2)
For building muscles	Protein (kg)	12.7 (9.7~11.9)
For strengthening bones	Minerals (kg)	4.47 (3.35~4.09)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	55.1 (7.7~15.4)
Sum of the above	Weight (kg)	119.6 (54.7~73.9)

Muscle-Fat Analysis



InBody Score

46 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight 75.8 kg
 Weight Control -43.8 kg
 Fat Control -43.8 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

1.01

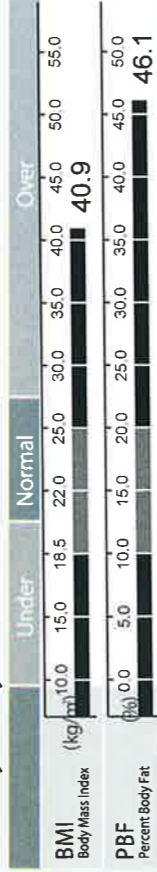
Visceral Fat Level

Level 20 (Low 10 High)

Research Parameters

Fat Free Mass 64.5 kg
 Basal Metabolic Rate 1762 kcal (2346~2785)
 Obesity Degree 186 % (90~110)
 Recommended calorie intake 2955 kcal

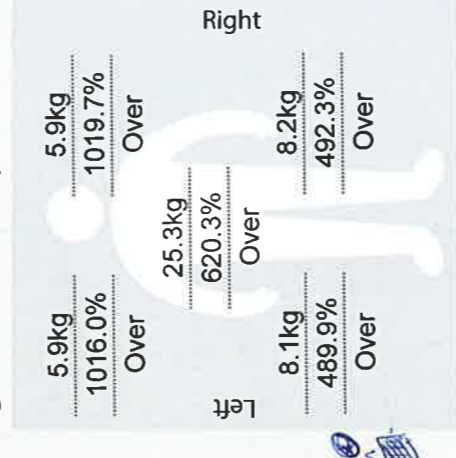
Obesity Analysis



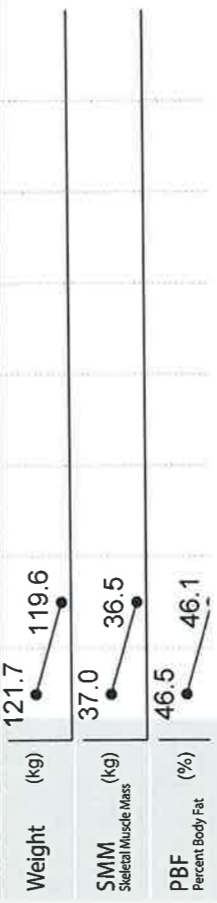
Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History



Calorie Expenditure of Exercise

Golf	211	Gateball	227
Walking	239	Yoga	239
Badminton	270	Table Tennis	270
Tennis	359	Bicycling	359
Boxing	359	Basketball	359
Mountain Climbing	390	Jumping Rope	419
Aerobics	419	Jogging	419
Soccer	419	Swimming	419
Japanese Fencing	598	Racketball	598
Squash	598	Taekwondo	598

* 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 | 304.1 304.6 20.8 206.9 197.7
 100 kHz | 269.3 269.3 17.2 183.7 175.1



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 530.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003603)

Date: 06-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001015 - YAHYA ALMALKI - 971504828286

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

By Cash 530.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 06-05-2019

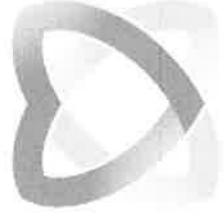
Being botox and skin tags cautery + vat

Made by Rana

1. Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
2. Treatment includes lab cost is non-refundable.
3. After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1001015 - YAHYA ALMALKI - 971504828286

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 500.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003652

Date: 11-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001015 - YAHYA ALMALKI - 971504828286**The sum of Dhs. **Five Hundred Only**By Cash **500.00** / 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:

By: **g ADVANCE FOR FACIAL + 3 SESSION CARBON + VAT**Made by **Rana**

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 367.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003653)

Date: 11-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001015 - YAHYA ALMALKI - 971504828286

The sum of Dhs. **Three Hundred Sixty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **367.50**

Bank: Cheque No.

Date: 11-05-2019

Being **FACIAL + VAT**Made by **Rana**

1. Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
2. Treatment includes lab cost is non-refundable.
3. After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1001015 - YAHYA ALMALKI - 971504828286

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

