



File No: ..100.10.24

Date: 8 / 10 / 2018

Date: 8 / 10 / 2018

File Number: ..10010.0.24.....

Patient Name: ..Saw.San..Abbas.....

إسم المريض: ..10010.0.24.....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد) 27/2/1982 Gender: M / ♂

Marital Status:(الحالة الاجتماعية)

Nationality (الجنسية): ..Emirati..... Occupation

Phone No. (رقم الهاتف): 050.255.2.770..

Address (العنوان)

How did you know about us: ..Friends.....

E-MAIL:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes	Cesarean 2007 2009
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	No	
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكمييا (سرطان الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مئع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions HSV, HIV...etc	No	

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،
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأشمل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما فكر 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 لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل انتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي قمتي الملف صحيحة و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقييم 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 هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /



استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دمية 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 ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظمي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

PATIENT NAME: Sacasan,

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
8/10/18	Carbon peel done - 3 steps	300	0	Free
29/10/18	Profacial + pink done.	350		<div data-bbox="371 451 578 787" data-label="Text"> <p>د. وسام مروان الطيب Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa اختصاصي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: 1826 Orchid Medical Centre</p> </div>
24.4	carbon laser Free			
1/5/2019	Botox + Gold Stamp Plan: threads	1000		<div data-bbox="682 829 905 1165" data-label="Text"> <p>د. وسام مروان الطيب Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa اختصاصي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: 1826 Orchid Medical Centre</p> </div>
	PT Paid 1 session Facial + 3 session Carbon	1050		
	519 carbon laser Don			
5/5/2019	threads = 12 Coys	5250		<div data-bbox="1202 934 1409 1270" data-label="Text"> <p>د. وسام مروان الطيب Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa اختصاصي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: 1826 Orchid Medical Centre</p> </div>
15.6.2019	carbon laser			<div data-bbox="1320 556 1528 892" data-label="Text"> <p>د. وسام مروان الطيب Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa اختصاصي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: 1826 Orchid Medical Centre</p> </div>
15/8/2019	retouch dysport (0.05)			<div data-bbox="1587 955 1795 1291" data-label="Text"> <p>د. وسام مروان الطيب Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa اختصاصي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: 1826 Orchid Medical Centre</p> </div>
17/6/2019	Milk			<div data-bbox="1795 409 2062 1270" data-label="Text"> <p>د. وسام مروان الطيب Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa اختصاصي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: 1826 Orchid Medical Centre</p> </div>
10.9.19	car			
14/11/19	Gold Stamp done with HA 12 collagen 12			Free

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

جهاز ليزر ال Q-Switch أقرا أنا حسين حوصلي بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لاجراء العلاج باستخدام

التقشير الكربوني باستخدام لوشن الكربون بترسيه التقشير بالليزر هو احد الإستبديلات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشذوذ الصبغي (البقع

حمراء والبنية غير المرغوب بها والمربطة بالقدم والسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إحصار الجلد، إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي
يخ الحبوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. يشكل عام ينصح ب3-5 جلسات مضمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 اشهر.

التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بنون استخدام لوشن الكربون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكربون مما يستهدف الأصبغ الأكثر عمقا
شائعة في الكلف وزيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصغبية.

تقشير الشعر.

إزالة فطريات الاضافر(الوضع A)

بيير إزالة الكلف (الوضع M)

ضخادات الإستعمال للعلاج ينصن:

تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكيوتان) خلال ال6 اشهر الماضية.

الحمل والرضاعة.

الأمراض الجلدية والإتهابات و الأورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

مشاكل في الجهاز المناعي.

الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

. البهاق.

تقوم تماما ان النتائج المثالية تحقق من العلاجات وان النتيجة المرجحة ان تحقق بعد الجلسة الأولى. ولا ينصن الطبيب رضاي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

قد تم الشرح لي عن الحاجة الى انتهاء خطة العلاج، و انا اتفهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي للليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد العلاج. وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر
التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي فرحت لي بالكامل.

أتفهم ان كما هناك منافع لاجراء المطلوب، اتفهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الانقمام، معادا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

أتفهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : إحصار مؤقت، تقشرات مشابهة لتقشرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الى عدة ايام فقط، تغيرات صبغية (بقع داكنة او
فاتحة على الجلد) او إحصار مزمن قد يمتد من شهر الى ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حك، الم، كدمات، إتهاب بندوب او انتفاخ.

أشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية أثناء العلاج. وعلى ايضا ابقاء عياني مغطاان أثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات
التخدير.

لقد تم شرح العلاج بكامل فوائده ومضاعفاته المحتملة، وقد تمت الاجابة على جميع اسئلتني وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التوقيع:

التاريخ:

حسين حوصلي

08.10.2018

اسم المريض/لومي امر المريض:

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	Sawasn,Hassan,Talib,Abbas	IDN:	784198246435790	Mother Name:	
Name (Ar)	سوسن حسن طالب عباس	Card Number:	081175578	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	201010450
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	08/12/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	08/12/2026	Date of Birth:	27/02/1982	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	99	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

10/8/2018

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

هل أنت حامل أو توفين بالإرضاع حالياً؟ نعم / لا	هل أنت حامل أو توفين بالإرضاع حالياً؟ نعم / لا
هل لديك أي حساسية؟ نعم / لا	هل لديك أي حساسية؟ نعم / لا
هل تتلقى أي علاجات حالياً؟ نعم / لا	هل تتلقى أي علاجات حالياً؟ نعم / لا
إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل.....	إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل.....
هل قمت سابقاً بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا	هل قمت سابقاً بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا
إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل.....	إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل.....
هل قمت سابقاً بأي علاج باستخدام البوتوكس أو الفيلر؟ نعم / لا	هل قمت سابقاً بأي علاج باستخدام البوتوكس أو الفيلر؟ نعم / لا
إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل.....	إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل.....
ما هي المناطق التي تمت معالجتها و متى؟.....	ما هي المناطق التي تمت معالجتها و متى؟.....
هل عانيت من أي أعراض جانبية بعد العلاج؟.....	هل عانيت من أي أعراض جانبية بعد العلاج؟.....
هل عانيت من أي أمراض مناعية؟ نعم / لا	هل عانيت من أي أمراض مناعية؟ نعم / لا
هل تعاني من أي التهابات أو أمراض جلدية؟ نعم / لا	هل تعاني من أي التهابات أو أمراض جلدية؟ نعم / لا
هل تتناول أي مستيرويدات أو اسبرين أو مبيعات للدم؟ نعم / لا	هل تتناول أي مستيرويدات أو اسبرين أو مبيعات للدم؟ نعم / لا
هل تعاني من أي حساسية خصوصاً تجاه حمض الهالورنيك أو التخدير الموضعي أو الليدوكاين؟ نعم / لا	هل تعاني من أي حساسية خصوصاً تجاه حمض الهالورنيك أو التخدير الموضعي أو الليدوكاين؟ نعم / لا
هل تعاني من تضخم الثدي؟ نعم / لا	هل تعاني من تضخم الثدي؟ نعم / لا
هل تعاني من أي مشاكل أو أمراض قلبية؟ نعم / لا	هل تعاني من أي مشاكل أو أمراض قلبية؟ نعم / لا
إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل.....	إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل.....

I hereby consent that I have come to orchid medical center for Treatment with Botox / Filler.

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.

Patient Name and Signature



Date: ... / ... /

أقر أنني قد حضرت إلى مركز أوركييد الطبي للحصول على العلاج باستخدام حقن البوتوكس و الفيلر.

أتفهم أن هذا الإجراء هو إجراء اختياري و أنني قد وقعت هذا الإقرار بإرادتي الكاملة لإجراء الحقن بالفيلر/البوتوكس لإعادة النضارة للوجه و تحسين مظهر الشفاه و تغيير مظهرها أو إعادة تصاريس الوجه. أو إخفاء التجاعيد في منطقة الجبهة و حول العين.

أقر أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل و أنني سوف أوجه جميع الأسئلة و الاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل و بعد المعالجة.

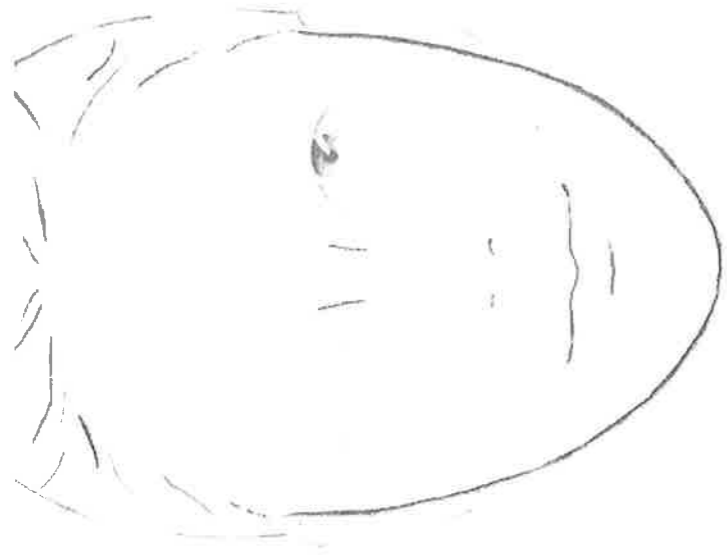
أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الإقرار و التقييم (أو تمت قرأته لي و أنا على علم بحتواه) و أن جميع استنتي و استفساراتي قد أُجيبت بالكامل و بشكل مرضٍ.

أقر أنني على علم بكامل الأخطار و المضاعفات التي قد تنتج عن هذا العلاج و اتفهم أن لا ضمانات قد قدمت لي لنتائج هذا الإجراء الطبي.

و أشهد أنني قد أعطيت المعلومات في هذا النموذج بشكل كامل و صحيح و أنني اتحمل مسؤولية التبليغ في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

إسم المريض و التوقيع

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

.....



مركز أوركيك الطبية
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001397)

Date:08-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001024 - SAWSAN ABBAS - 971502552770

The sum of Dhs. **Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **315.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **08-10-2018**

Being

Made by  GhadaTel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.aewww.omc1.ae



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

367.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001546)

Date:29-10-2018


Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001024 - SAWSAN ABBAS - 971502552770

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

Bank: Cheque No.

Date: **29-10-2018**

Being

Made by  Ghaela

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003059)

Date: 24-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001024 - SAWSAN ABBAS - 971502552770

The sum of Dhs. **Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **315.00**

Bank: Cheque No.

Date: 24-03-2019

Being **CARBON PEEL + 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 : 1001024 - SAWSAN ABBAS - 971 50255277

1001024 - SAWSAN ABBAS - 971 50255277



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

Date:01-05-2019

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003520)

AED 2,152.50

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001024 - SAWSAN ABBAS - 971502552770

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

By Cash 2,152.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date: 01-05-2019

Being BOTOX + GOLD STAMP 1000 AED OFFER + 3 SESSION CARBON LASER OFFER 700 AED + 1 SESSION 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 : 1001024 - SAWSAN ABBAS - 971502552770

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003559)

Date:04-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001024 - SAWSAN ABBAS - 971502552770

The sum of Dhs. Three Thousand Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 3,000.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-05-2019

Being PT DID 12 THREADS + 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 : 1001024 - SAWSAN ABBAS - 971502552770

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,250.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003580)

Date:05-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001024 - SAWSAN ABBAS - 971502552770

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

By Cash 2,065.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 185.00

Bank: Cheque No. Date: 05-05-2019

Being

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 : 1001024 - SAWSAN ABBAS - 971502552770

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 840.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005077

Date: 12-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001024 - SAWSAN ABBAS - 971502552770**The sum of Dhs. **Eight Hundred Fourty Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **840.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**Bank: _____
Cheque No. _____
Date: _____Made by **Super Administrator**

- 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 أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005079)

Date: 12-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001024 - SAWSAN ABBAS - 971502552770

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **210.00**

Bank: Cheque No.

Date: 12-09-2019

Being **CARBON LASER + VAT**

Made by **Super Administrator**

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 : 1001024 - SAWSAN ABBAS - 971502552770

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 761.25

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007881)

Date:27-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001024 - SAWSAN ABBAS - 971502552770

The sum of Dhs. Seven Hundred Sixty-One Dirhams and Twenty-Five Filis Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 761.25 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 27-02-2020

Being 1 session half arms + half legs + under arms + half face + 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 : 1001024 - SAWSAN ABBAS - 971502552770

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



PATIENT NAME:

Sausan

FILE NO#:

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
30-09-019	carbon laser	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 1826 Orchid Medical Centre		<i>Wesam</i>
30-11	carbon laser	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 1826 Orchid Medical Centre		<i>Wesam</i>
30/11/19	hHR Bikini (Deka)	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 1826 Orchid Medical Centre		<i>Wesam</i>
7/12/19	hHR full face, neck	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 1826 Orchid Medical Centre		<i>Wesam</i>
25/12/2019	Dch threads (4) cgs (10) mono Botox (0.8)			<i>(14)</i>
	next app: 8/1/2020			
8/1/2020	dysport (0.1) retro Plan: Meso (3) screw threads (80) face Dch gogs (6)	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 1826 Orchid Medical Centre		<i>Wesam Marwan Al Tabbaa</i>
27/02/20	hHR - face + U.A.T Bikini + 1/2 legs + 1/2 Arms (Deka)	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 1826 Orchid Medical Centre		<i>Wesam</i>
24/03/20	hHR - face + Bikini (Deka)	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 1826 Orchid Medical Centre		<i>Wesam</i>



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005303)

Date:30-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001024 - SAWSAN ABBAS - 971502552770

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 210.00

Bank: Cheque No.

Date: 30-09-2019

Being CARBON LASER + 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 : 1001024 - SAWSAN ABBAS - 971502552770

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005965)

Date:14-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001024 - SAWSAN ABBAS - 971502552770

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **210.00**

Bank: Cheque No. Date: 14-11-2019

Being **1 session carbon laser + vat**

Made by **Reem**

- 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 : 1001024 - SAWSAN ABBAS - 971502552770

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



يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة precisely Kindly Answer the following questions

How do you better describe your skin Type <input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار <input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار <input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الاكوتان/ الايسوتريتينون خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroquinon on Site? Yes/ No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدركوينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتفك أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك اي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?.....	ماهي المنتجات التي تستخدمينها / تستخدمها لبشرتك حاليا؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

I hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Sharjah to remove unwanted hair by laser. I understand that laser produces a beam of light that generates an energy of a certain wavelength which is absorbed in the pigments of hair follicles to impair its' ability to grow hair. I understand that the results of the treatment varies from one person to another by the variation of medical history and the skin type, hair type , patients commitment to precautions before and after sessions and the variation of individual responses to treatment. and I consent that I know all alternative hair removal methods and I choose removing my unwanted hair by laser.

I consent that I got the following precautions:
-It's not allowed to get tanned or use tanning solutions for 4-6 weeks before and after treatment.

- Waxing and Plucking must be avoided at least 6 weeks prior to sessions.
- Tattoos and permanent make up on treatment site will be affected by laser.
- Full Medical History must be given including previous treatments, allergies and skin type.

- people who took akutan during the last 6 months or any drugs that inhibits patients from sun exposure can not remove their hair by laser.

I understand that i might see some change from first session, nevertheless the treatment will take many sessions to get the result.

Side Effect

side effects may include burning like redness. and it's possible to see some swelling or cracks. these side effects will fade away few hours to few days after treatment. hypo/hyperpigmentation is not common and it rarely last. it's advisable to avoid sun exposure. and to use sun protections.

I consent that I had the chance to enquire and ask any questions I have to the therapist and I have read and understood the content of this form (or it was read to me) and I am more than 18 years old or I have the approval of my sponsor.

Name and Signature

Date

... / ... /

أنا العارضة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر التوفور.

أفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتمصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلة الشعر تعطّل قدرتها على أداء الشعر.

أفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و اني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك والتفك والكريمات وإزالة شعر بالشمع والكلي و اني اختبرت إزالة الشعر بالليزر.

أبني قد تلتفت التعليمات التالية:

: يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل وبعد العلاج.

يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفك قبل العلاج ب ٦ أسابيع على الأقل.

الرشوم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات والحساسيات ونوع البشرة

للأشخاص الذين تناولوا عقار الاكوتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من

التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

٤٥ أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات

صول على النتيجة المطلوبة.

بإرض الجانية

تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و لتقحات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج. نقص

زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة

شمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أنه قد أتحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و اني قد قرأت و ت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و اني تجاوزت الثامنة عشر من عمري او حصلت

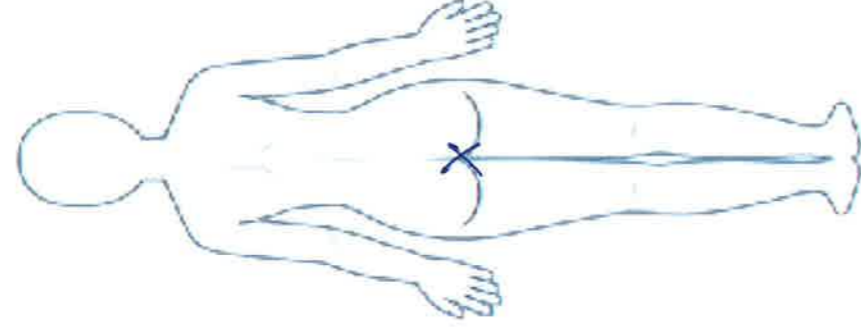
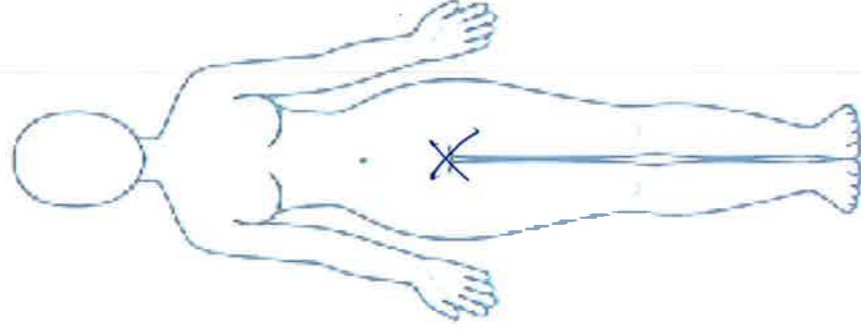
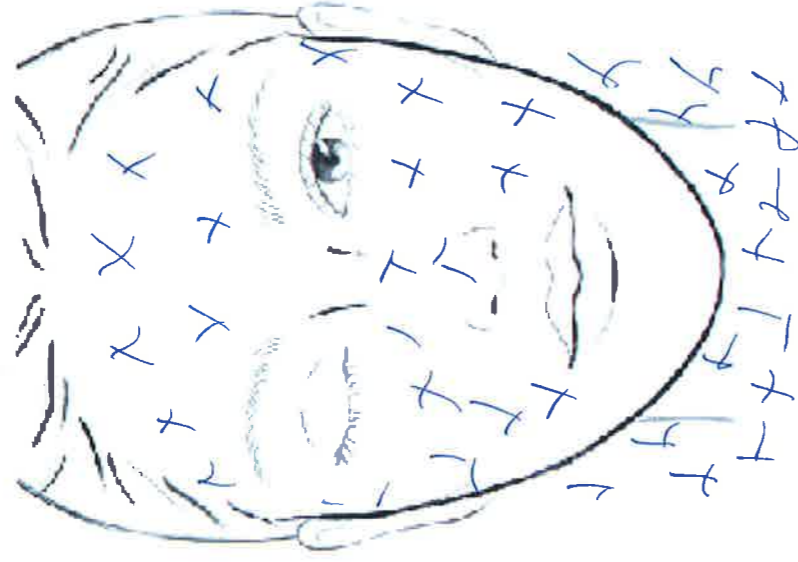
ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

سم و التوقيع

رئخ

... / ... /

Patient's Name: Sawsan اسم المريض
 File Number: 1001024 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	30/11/19	7/12/19	27/02/20	24/03/20	7/5/20	
Treatment Area	Bikini	full face	face + U+A+B, low	face + Bikini	full face	
Hair Type	Med/Deak	Soft/Dark	1/2 legs + Arms	Soft	Soft	
Mode	NDYAGI	Alex 80	face - Alex: 16	Soft	Alex 20	
Fluence	14J/17ms	4/12ms	9J/11ms	face - Alex: 7	7/11ms	
Pulse Type			Bikini - 15J/7ms	7/7/11	Pass	
CNT Pulse			U.A - 16J/15ms	Bikini - 15J/6ms	Hindobcd	
Passes	1	1	1/2 legs - 7J/12ms			
Starting Time	1:15pm	1:30pm	Arms 8J/10ms	HIRUDOID		
Finish Time						
Post Treatment	HIRUDOID	Hirudoid				

Therapist Name and Signature bee



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006249)

Date:30-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001024 - SAWSAN ABBAS - 971502552770

The sum of Dhs. One Thousand Fifty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,050.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 30-11-2019

Being 6 session bikini + 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 : 1001024 - SAWSAN ABBAS - 971502552770

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 100.80

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006383)

Date:07-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001024 - SAWSAN ABBAS - 971502552770

The sum of Dhs. One Hundred Dirhams and Eighty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 100.80 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 07-12-2019

Being FACE + NECK + 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 : 1001024 - SAWSAN ABBAS - 971502552770

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,063.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006687)

Date:25-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001024 - SAWSAN ABBAS - 971502552770

The sum of Dhs. Four Thousand Sixty-Three Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 4,063.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-12-2019

Being she make 10 threads small + 4 threads large + 1 injection botox + 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 : 1001024 - SAWSAN ABBAS - 971502552770

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

PDO THREADS TREATMENT APPROVAL FORM

DATE: _____

I agree with the PDO threads. It has been explained that these threads are a poly-deoxanone that is sterilized with cannula and is subcutaneously placed in the lipid layer to tighten the face and give glowing.

The results are improved by two months and the results continue for 10 to 12 months.
It is recommended that you do not take blood-thinners before and after two weeks of the procedure.

side effects

Pain in the first week - sensation of tension in the area - bruising - swelling - a specific movement sensation - facial asymmetry - skin dermatitis - inflammation and skin infection - damage to nerves or blood vessels.
Most of these complications are temporary.

I understand that the results vary from person to person and depend on the person's situation and that the payments are non-refundable or exchangeable.

I agree to photography / shooting my condition before and after treatment and to be classified until I authorize the medical center to share it or publish it.

Patient Name:

Signature:

ورقة الموافقة على البوتكس

التاريخ: 25/2/2019

أنا السيد/السيدة _____ أؤكد بأنه تم شرح لنا كيفية العلاج باستخدام البوتكس وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه كحال جميع الادوية البوتكس قد يحتوي على آثار جانبية. هذه الردود العكسية قد تكون متعلقة بالعلاج، إما بسبب المنتج أو الفرد، لكن بشكل عام هذه المضاعفات قد تحدث في الأيام الأولى التي تتبع يوم الحقن وتكون بشكل مؤقت. معظم الحالات التي تم تسجيلها تكون بدرجة معتدلة إلى خفيفة. كما هو متوقعة بعد الحقن سوف يكون هناك شعور بالألم وحرق وتيبس وتورم وزرراق.

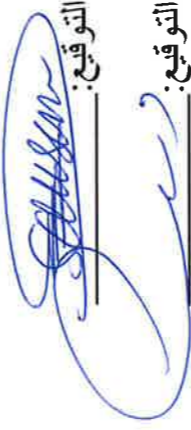
من الآثار الجانبية الشائعة التي من الممكن حدوثها: صداع، زرغلة، احمرار، تراخي بعضلات الوجه وألم في الوجه.
من الآثار الجانبية الغير شائعة: التهاب، غثيان، ترميل، التهاب في الجفن، ألم في العين، عدم رؤية واضحة، جفاف في الفم، تيبس الشفاه، تورم في الوجه وحول العين، حساسية ضد الضوء، تشنج بالعضلات، أعراض الانفلونزا، ضعف وحرارة.

الآثار الجانبية التالية قد تكون نادرة: حكة، طفح جلدي، قشعريرة، أنواع مختلفة من الطفح الجلدي الأحمر، حساسية قوية (تورم وتحديدا في الوجه والمجرى الهوائي مما يسبب صعوبة بالتنفس)، هبوط الحاجب أو الجفن، سماع طنين بالأذن وقلّة السمع، حساسية في صعوبة البلع والتنفس والكلام.

لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 4 إلى 6 أشهر مع التوقعات.

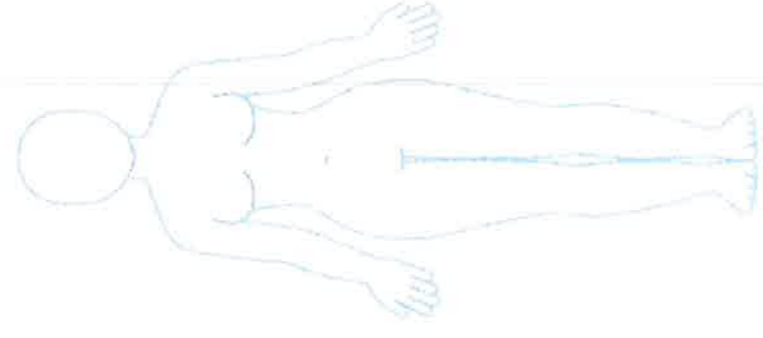
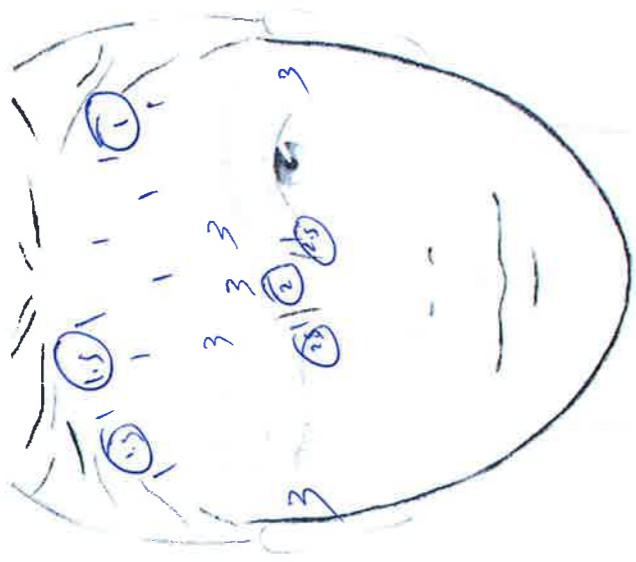
المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح. إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا اتفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبدل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور أو الوصف المرفق
نعم
لا

التوقيع: 

اسم المريض: د. و. ع. سام

اسم المعالج: Dr. W. E. SAM



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

.....



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008277)

Date: 24-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001024 - SAWSAN ABBAS - 971502552770

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **157.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 24-03-2020

Being **FACE + 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 : 1001024 - SAWSAN ABBAS - 971502552770

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