



File No: 1001031

Date: 10/10/2018

Date: 10/10/2018

File Number: 1001031.....

Patient Name: Badriyyah Alhabhani

اسم المريض: 1001031.....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 2 / 2 / 1988 Gender (الجنس): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Emirati

Phone No. (رقم الهاتف): 0503992648

Address (العنوان):

E-MAIL:

How did you know about us:

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 تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	No	
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 تعاطى أي مميعات للدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا	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 مئطع للحمل؟ هل تعاني 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 السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا السسيط 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 تزيدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.

أتفهم 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 المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية

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

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي قد تم إيداعه في الملف الصحي و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الإفصاح عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم هذا القرار و أن 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 (لمن هم دون السن القانونية):

مهرية السيد الفخاري

التاريخ: ١٤/١٠/٢٠١٨ ع

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دم فصية):
Pulse (نبض):	ppm	Blood Pressure (دم ضغط):	/	Blood Sugar (دم سكر):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History: التاريخ المرضي:	
Allergies الحساسية:	
Medications الأدوية:	
Pregnancy الحمل:	
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة , احوال المستشفى:	
Smoking (التدخين) : Y / N	Alcohol (الكحول) : Y / N
	Drugs (تعاظمى العقاقير) : Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input type="checkbox"/> دائماً الاحترق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائماً الاحترق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائماً الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input checked="" type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائماً الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الاكوتان/اليسوتريتونين خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroquonen on Site? Yes / No	هل استخدمت ريتين اي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منة العلاج خلال ال 6 اسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No	حتى كانت اخر مرة تعرضت فيها لإشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	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 سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?	ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها لشرتك حالياً (مستحضرات التجميل)
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ 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 سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

I hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Shariah 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 the 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
... / ... /

أقر أنا بموافقتي على إجراء إزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.

أفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إتمام الشعر. وأفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وإني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق والتف والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكي وإني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.

- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التف قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.

- الوشم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات والمساحية ونوع البشرة

- الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكوتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض احمرار البشرة بما يشبه الحروق. ومن الممكن حدوث بعض التورم والتشققات. وهذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. تقمى

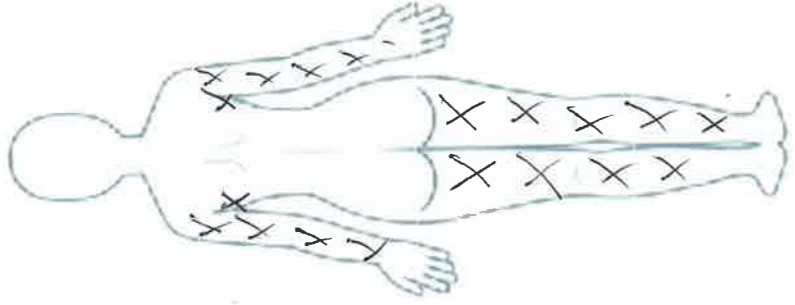
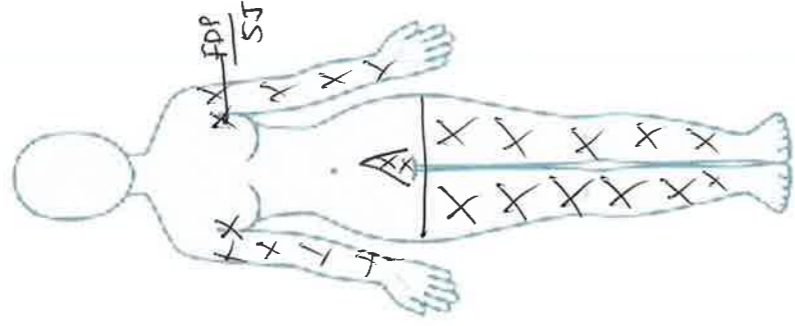
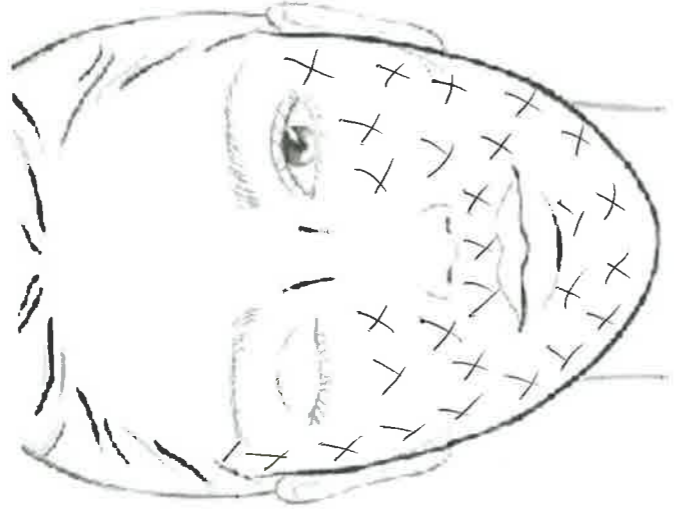
أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولأنه قد يحدث في حال حدوثها. ويصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتيت لي الفرصة لاستشارة والتوجيه الاستشارة إلى المعالج المختص وأني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. وأني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلغي السن القانوني.

الإسم والتوقيع

التاريخ
... / ... /

اسم المريض: Badreya h
 Patient's Name:
 رقم الملف:
 File Number:
 1001031
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



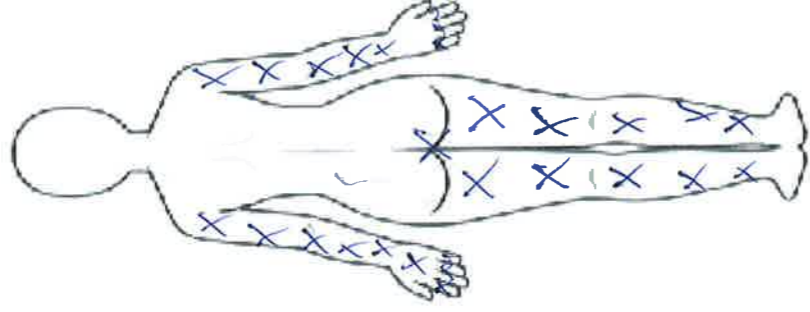
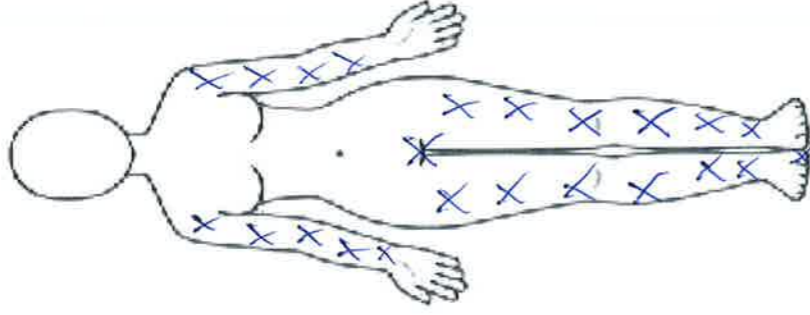
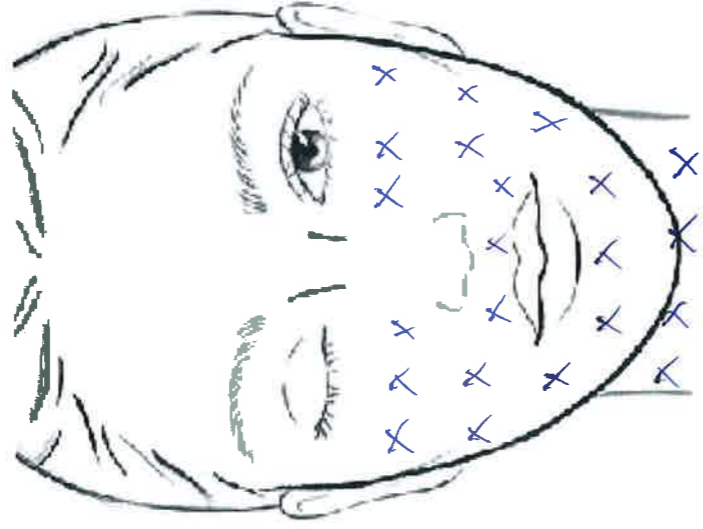
SKIN TYPE IV

* VERY PIGMENTED UNDERATUM SKIN TYPE: VI

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	10/10/18	10/11/18	24/12/18	6/2/19	20/3/19	30/5/19
Treatment Area	full body	full body	full body	full body	full body	full body
Hair Type	Dark Coarse	MEDIUM	MEDIUM	MEDIUM	SOFT	SOFT
Mode	DPI FDP	NDYAG	NDYAG	MEX/MYAG	ALEX (COOL)	ALEX 20
Fluence	18J	15J/cm ²	15J/15	6-7J/12-15	6/10-12	7-8/12
Pulse Type	BURST	SPOT: 20	SPOT: 20	SPOT: 20	Bikini - 15/20	Bikini 15/20
CNT Pulse	2 pass	SPOT: 15/100	SPOT: 15/100	SPOT: 15/15	UA - 15/15	Bikini 15/17
Passes	2 pass	3 PM	12:05 PM	5:40 PM	4:30 PM	13/17
Starting Time	7:20 PM	4 PM	1:20 PM	6:00 PM	5:30 PM	8:48 PM
Finish Time	8:55 PM	FUCIDIN + MEXO	FUCIDIN + MEXO			10 PM
Post Treatment	MEXO advised		FACE: SPOT 10			
			22J/15			

Therapist Name and Signature

Patient's Name: Bachayah إسم المريض
 File Number: رقم الملف رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	19/08/19					
Treatment Area	Full body					
Hair Type	Soft					
Mode	ALEX					
Fluence	7J/12ms					
Pulse Type						
CNT Pulse	NDYAG-Bipolar					
Passes	13/15-17					
Starting Time	3:30 pm					
Finish Time	4:30 pm					
Post Treatment	Hands only still					

Therapist Name and Signature

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Badreyyah,Ai,Mohamed,Abdulla,Aldhahhani	IDN:	784198886190465	Mother Name:	Shaikhah
Name (Ar)	بدرية علي محمد عبدالله الظفطاني	Card Number:	088913168	Mother Name (Ar):	شبيخة
Title:		Nationality (Ar):	ARE	Family ID:	705000347
Title (Ar):			الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	06/05/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	06/05/2028	Date of Birth:	02/02/1988	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

10/10/2018

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

10/10/2018



مركز أوركيڤ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001420)

Date:10-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001031 - BADREYYAH ALDHANHANI - 971503999648

The sum of Dhs. **Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **997.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **10-10-2018**

Being

Made by **Shada**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-001421


RECEIPT VOUCHER

AED 200.00

Date: 10-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001031 - BADREYYAH ALDHANHANI - 971503999648**The sum of Dhs. **Two Hundred Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **200.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Paying **ADVANCE PAYMENT FOR FULL BODY LHR/ 950 OFFER**Made by  Ghada

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



مركز أوركيڤد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001743)

Date: 19-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001031 - BADREYYAH ALDHANHANI - 971503999648

The sum of Dhs. **Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **997.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 19-11-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

945.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002041)

Date:24-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001031 - BADREYYAH ALDHANHANI - 971503999648

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: 24-12-2018

Being

Made by **Ghada**

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

945.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002562)

Date:06-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001031 - BADREYYAH ALDHANHANI - 971503999648

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: **06-02-2019**

Being

Made by **Ghada**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 945.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003029)

Date:20-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001031 - BADREYYAH ALDHANHANI - 971503999648

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: 20-03-2019

Being **FULL BODY DEKA + VAT**

Made by **Hiba**

- 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 : 1001031 - BADREYYAH ALDHANHANI - 971503999648

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

www.omc1.ae



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003845)

Date: 29-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001031 - BADREYYAH ALDHANHANI - 971503999648**The sum of Dhs. **Eight Hundred Ninety-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **892.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Date: 29-05-2019

Cheque No.:

Being **FULL BODY + VAT**Made by **Hiba**

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 : **1001031 - BADREYYAH ALDHANHANI - 971503999648**

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 945.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004791)

Date:19-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001031 - BADREYYAH ALDHANHANI - 971503999648**

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: 19-08-2019

Being **FULL BODY + VAT**

Made by **Hiba**

- 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 : **1001031 - BADREYYAH ALDHANHANI - 971503999648**

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