



File No: 1001050

Date: 15/10/2018

Date: 15/10/2018

File Number: 1001050

Patient Name:

RABIYA RASHEED

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 19/01/1988

M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Nationality (الجنسية): Pakistani

M / F

Occupation (الوظيفة): Sharikh

Address (العنوان): Al-Nahda

M / F

Phone No. (رقم الهاتف): 05444278434

E-MAIL: Rabiya.Rasheed@schmc.com

How did you know about us: Sharikh

التاريخ الطبي Medical History	
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟	No
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تعاطى أي مثبّطات المناعة؟	No
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟	No
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، 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 الدم؟	No
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (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 تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	No
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، 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 تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض الغدة الدرقية؟	No
Other conditions هل تعاطى من أي أمراض أخرى؟	No
HSV, HIV...etc فيروس الهربس الحلأ البسيط...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):

15/10/18  
Date: .../.../18

### نموذج اقرار طبي

- أوافق وأسمح 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 الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في القمص 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 خيئة المهنة و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تعمين لنتائج 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 تغطي الملف صحيحة و أنهم إن أي معلومات تتناقض بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإفصاح عليها دون موافقتي.
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقدير هذا الأقرار 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 (من دون السن القانونية):

التاريخ: .../.../18  


استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نمط 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 ، أحوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (دواء): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



PATIENT NAME:

Rabia Ahmed

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	SIGNATURE
15/10/19	7 UHR FACE (FUE) + NEAR	300	د. غوران يوفانوفيتش BALANCE JOVANOVIC Dr. Goran Jovanovic Specialist - Plastic Surgeon MOH License No.: V220 Orchid Medical Centre
17/11/19	4HR UPPER LIP + CHIN	100	د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology Specialist MOH license No.: 4826 Orchid Medical Centre
16/12/19	4HR UL, CHIN		د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology Specialist MOH license No.: 4826 Orchid Medical Centre
22/1/19	4HR UL, CHIN		د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology Specialist MOH license No.: 4826 Orchid Medical Centre
23/1/19	4HR UL, CHIN		د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology Specialist MOH license No.: 4826 Orchid Medical Centre
8/6/19	4HR full face		د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology Specialist MOH license No.: 4826 Orchid Medical Centre
25/7/19	4HR UL and Chin		د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology Specialist MOH license No.: 4826 Orchid Medical Centre
7/9/19	4HR UL, CHIN (Deka)		د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology Specialist MOH license No.: 4826 Orchid Medical Centre
15/12/19	4HR Full-face (Deka)		د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology Specialist MOH license No.: 4826 Orchid Medical Centre
10/22/20	Carbon laser Pi Biodegradable photoder		د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology Specialist MOH license No.: 4826 Orchid Medical Centre
16/02/20	Carbon laser		د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology Specialist MOH license No.: 4826 Orchid Medical Centre
11/03/20	Carbon laser		د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology Specialist MOH license No.: 4826 Orchid Medical Centre
26/3/20	4HR Full-face (Deka)		د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology Specialist MOH license No.: 4826 Orchid Medical Centre
17/02/20	Carbon laser		د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology Specialist MOH license No.: 4826 Orchid Medical Centre
21/05/20	Carbon laser		د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology Specialist MOH license No.: 4826 Orchid Medical Centre



precisely Kindly Answer the following questions

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟
<input checked="" type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input type="checkbox"/> دائماً الاحترق , قليلة الاسمرار
<input checked="" type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائماً الاحترق , عينية الاسمرار
<input checked="" type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائماً الاسمرار
<input checked="" type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائماً الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جيرة؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا البسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotretinone in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes / No	هل استخدمت ريتين أي 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 حطة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No	متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحسنة 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 أي 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? <i>facial cream and lovely</i>	ماهي المنتجات التي تستخدمها ليعرّفك حالياً؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل أجريت 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 اللحية؟ نعم / لا

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 ..... بقدمي الى مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.  
وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين تهم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتمثل قدرتها على انهاء الشعر. وأنهم إن نتاج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المريض بتعليمات العلاج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وإني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالخلع والنتف 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 النتف 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 والحساسيات ونوع البشرة  
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر 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. و من الممكن حدوث بعض التورم والتشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاطفى خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتممت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الاستشارة الى المطالع المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري او حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

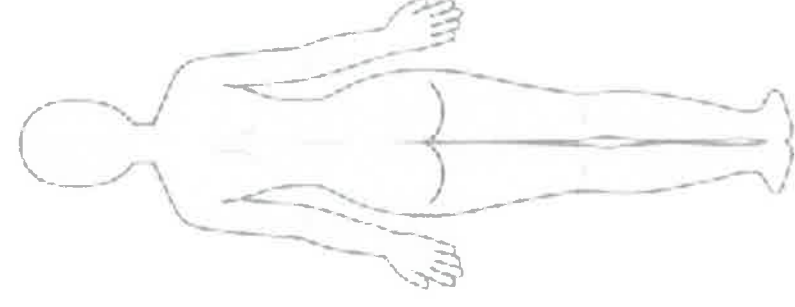
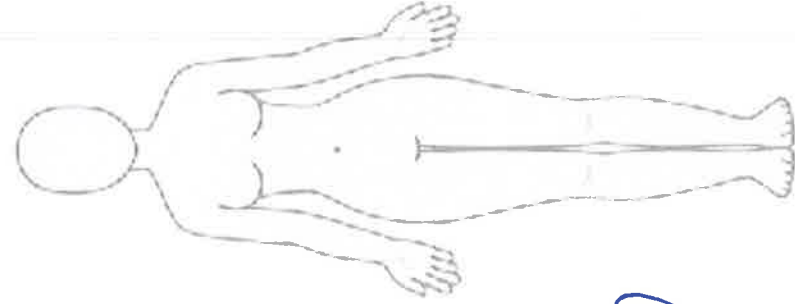
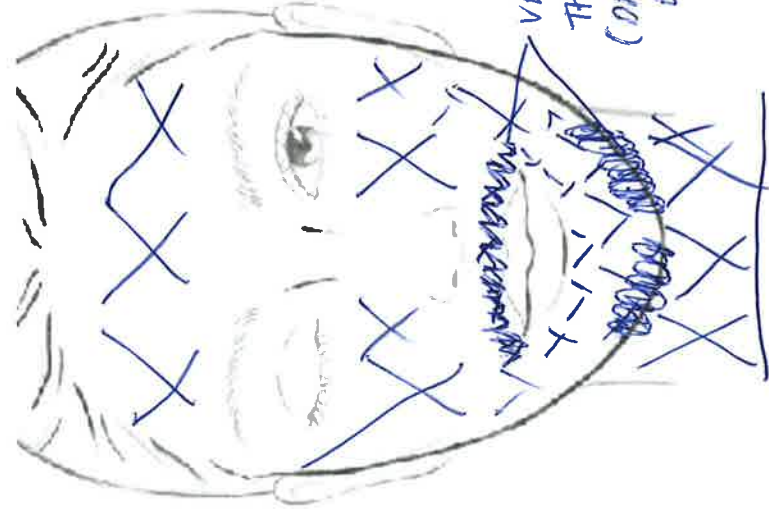
الإسم و التوقيع

التاريخ

10/2018  
15/10/2018



Patient's Name: **RABIA AHMAD** ..... **باسم العريض**  
 File Number: ..... **رقم الملف**  
 Pain Relief given? Yes / No ..... **#1001050** ..... **تخفيف الألم**  
 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	15/10/18	17/11/18	16/12/18	28/1/19	23/3/19	23/4/19
Treatment Area	FULL FACE + NEK	U-LIP + CHIN	UL, CHIN	UL, CHIN	UL, CHIN	UL, CHIN
Hair Type	COARSE	DARK	DARK, COARSE	DARK	DARK	DARK
Mode	DP-1	DPI	DPI	ALEX	ND YAG	ND YAG
Fluence	16 J/cm <sup>2</sup>	16 J/cm <sup>2</sup>	18 J	6 J/100	18/25	16/25ms
Pulse Type	BURST	BURST	BURST	SPOT: 20	SPOT 20	SPOT 20
CNT Pulse						
Passes	1-2	2	2	1	3pm	6pm
Starting Time	7:00 PM	6:40 PM	6:35	7 PM	3pm	6:10pm
Finish Time	7:45 PM	6:50 PM	6:50	7:08 AM	3:15 PM	
Post Treatment	FUCICORT	FUCICORT	None	FUCIDIN H	METRO	Melbo

Therapist Name and Signature: **BUESIE** ..... **Buens**

Patient's Name: RABIA AHMAD

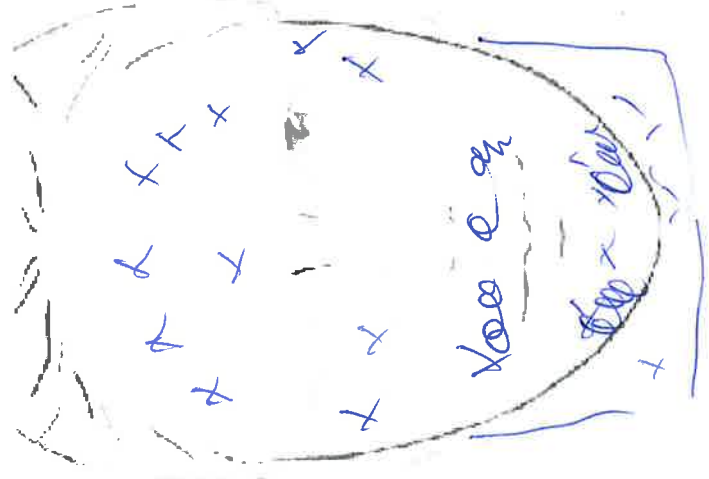
اسم المريض:

File Number: Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pain Relief given? Yes / No

رقم الملف:

1001050



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	8/6/19	25/10/19	19/19	15/12/19	26/3/20	
Treatment Area	Full face U-L and chin	U-L and chin	U-L, C+R	Face	Face	
Hair Type	DARK / THICK	Medium / dark	M/D	Soft	NDYAG: 16	
Mode	NO YAG	ALEX	NO YAG	NDYAG	18J/12.5ms	
Fluence	16/25	FT/12ms	17/20	17J/14ms		
Pulse Type	spot 20					
CMT Pulse						
Passes						
Starting Time	6/9	4:45pm	8:30pm	8:50pm	6:45pm	
Finish Time		5pm				
Post Treatment	6.30pm	FUCICOR	Hirudoid	Hirudoid	Hirudoid	Soft hair now

Therapist Name and Signature



REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO

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	Rabia,Rasheed,Rasheed,,Ahmad	IDN:	784198716148378	Mother Name:	
Name (Ar)	رابيه رشيد رشيد احمد	Card Number:	087705691	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PAK	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	پاکستان		
Issue Date:	14/02/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	11/02/2020	Date of Birth:	19/04/1987	Sponsor Name:	الطريق الصحيح لخدمات الشحن الجوي ش ذ م م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120172760029	Residency Expiry:	11/02/2020
ID Type:	IL	Occupation:	3415	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

10/15/2018



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001458)

Date:15-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001050 - RABIA AHMAD - 971544278434

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: **15-10-2018**

Being

Made by   
Sara Ghader

**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

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001973)

Date:15-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001050 - RABIA AHMAD - 971544278434

The sum of Dhs. **One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **105.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:           Cheque No.

Date: **15-12-2018**

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 أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001731)

Date:17-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001050 - RABIA AHMAD - 971544278434

The sum of Dhs. **One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **105.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:           Cheque No.

Date: **17-11-2018**

Being

Made by SARA 

**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 أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

**AED 105.00**

**RECEIPT VOUCHER (No. REC-003048)**

**Date: 23-03-2019**

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001050 - RABIA AHMAD - 971544278434**

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

By Cash **5.00** / By Credit Card **100.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **23-03-2019**

Being **UPPER LIP AND CHIN + 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 : **1001050 - RABIA AHMAD - 971544278434**

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



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003425)

Date:23-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001050 - RABIA AHMAD - 971544278434

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 105.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Date: 23-04-2019

Being UPPERLIP + CHIN LHR + 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 : 1001050 - RABIA AHMAD - 971544278434

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 أوركيديك الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003977)

Date:08-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001050 - RABIA AHMAD - 971544278434

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 08-06-2019

Being **FULL FACE + 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 : 1001050 - RABIA AHMAD - 971544278434

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 أوركيديك الطبية  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004499)

Date:25-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001050 - RABIA AHMAD - 971544278434

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **105.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 25-07-2019

Being **CHIN & UPPER LIP + 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 : 1001050 - RABIA AHMAD - 971544278434

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 أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004987)

Date:04-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001050 - RABIA AHMAD - 971544278434

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 105.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-09-2019

Being UUPER LIP + CHIN + 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 : 1001050 - RABIA AHMAD - 971544278434

**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

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006546)

Date:15-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001050 - RABIA AHMAD - 971544278434

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 15-12-2019

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 : 1001050 - RABIA AHMAD - 971544278434

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 787.50 **RECEIPT VOUCHER** No: REC-007596  
Date: 11-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001050 - RABIA AHMAD - 971544278434

The sum of Dhs. Seven Hundred Eighty Seven and Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 787.50 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Being advance for 5 sessions carbon + 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

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omcl.ae](mailto:info@omcl.ae)  
[www.omcl.ae](http://www.omcl.ae)



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007689)

Date:16-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001050 - RABIA AHMAD - 971544278434

The sum of Dh. One Hundred Fifty-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 157.50

Bank: Cheque No.

Date: 16-02-2020

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 : 1001050 - RABIA AHMAD - 971544278434

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omcl.ae](mailto:info@omcl.ae)

[www.omcl.ae](http://www.omcl.ae)



## Curas Laser Patient Consent Form

I, \_\_\_\_\_, hereby authorize Dr. \_\_\_\_\_ And/or associates/assistants to perform Q-Switch Laser Treatment.

- CURAS Q1064nm / 1064nm carbon peel using carbon lotion , followed by a soft peel and then finally a CURAS peel is indicated for skin rejuvenation, photo aging, wrinkles, fine lines, dyschromia's (undesirable red and brown discolorations associated with aging or other conditions), textural improvement, acne including erythema (redness) and depigmentation (abnormal brown discoloration from acne), acne scars, enlarged pores, and temporary removal or lightening of unwanted vellus (small, fine lightly colored) hairs. Generally. 3-5 treatments at 2-4-week intervals and maintenance treatments at 3-6 months intervals are recommended.
- Soft Peel and laser toning is a Q-Switched 1064 mode only peel without carbon lotion, while the soft peel on the other hand is laser toning plus carbonic lotion targets deeper (dermal) pigment common in melasma and post-inflammatory hyperpigmentation. This 6-12 treatment at 3-6 months intervals are recommended.
- Tattoo Removal.
- Pigmented lesions.
- Hair Bleaching.
- Nail fungus mode (A mode).
- Melasma Expert (M Mode).

Relative and absolute contraindications to treatments include: Isotretinoin ( i.e Accutane) use in the last 6months, pregnancy / breastfeeding , active skin disease or infection or untreated skin cancer in the treatment area, compromised immune systems, AIDS/HIV or hepatitis, impaired healing (e.g.keloid scar formers), vitiligo.

I understand that optimal results are achieved with a series of treatments and that I will not see optimal results after one treatment, nor can the doctor guarantee my satisfaction with the level of improvement even after multiple treatments.



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008956)

Date:21-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001050 - RABIA AHMAD - 971544278434

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty-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 **157.50**

Bank: Cheque No.

Date: 21-05-2020

Being 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

Confirmed by : **1001050 - RABIA AHMAD - 971544278434**

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e – mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)