



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال  
Health ... Smile ... Beauty

File No: 1001096...

Date: 28 / 6 / 2018

Date: 28 / 6 / 2018

File Number: 1001096.....

Patient Name: Al Zahraa Mehdi.....

إسم المريض: ..... 1001096.....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 8 / 7 / 1991

Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية): .....

Nationality (الجنسية): Sweden

Occupation (الوظيفة): .....

Phone No. (رقم الهاتف): 0559544598

Address (العنوان): Sharjah

How did you know about us: Google

E-MAIL: .....

| التاريخ الطبي Medical History   |                    |   |
|---|--------------------|---|
| الحالة الطبية Medical Condition   | Yes/No<br>نعم / لا | If 'YES' give details<br>إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل |
| Recent or current drugs/Medical Treatment<br>هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟   | 8                  |   |
| Corticosteroids/Immunosuppressant<br>هل تعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟  | 8                  |   |
| Allergies<br>هل لديك أي حساسية؟   | 8                  |   |
| Surgical Operations, Serious Illness<br>هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟   | 8                  |   |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease<br>جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | 8                  |   |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants<br>هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات الدم؟   | 8                  |   |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم)<br>أنيميا (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)  | 8                  |   |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other<br>أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى   | 8                  |   |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease<br>هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟  | 8                  |   |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems<br>هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟   | 8                  | لولب  |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases<br>التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى  | 8                  |   |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other<br>قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟   | 8                  |   |
| Epilepsy, or any other neurological disease<br>هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟  | 8                  |   |
| Thyroid Diseases, Diabetes<br>هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟  | 8                  |   |
| Other conditions<br>هل تعاني من أي أمراض أخرى؟  | 8                  |   |
| HSV, HIV... etc<br>فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط... etc  | 8                  |   |



### 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 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 تكرر 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 تامين لتنتاج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما تفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و اذ ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام أو الحساسية المرضية.
- 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 قدمت لي قد بقي السلف صحيحة. و اتفهم ان اي مطبوعات تتفق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم 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 اراضي

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

Date: ... / ... / .....

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

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

|                 |     |                            |    |                          |
|-----------------|-----|----------------------------|----|--------------------------|
| Weight (الوزن): | Kg  | Height (الطول):            | cm | Blood Type (نصيلة 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 ، ابحال 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





REDAD DATA

cAEAI0EBA830DQX0

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            | Alzahraa,Munthir,Mehdi | IDN:              | 784199184107086 | Mother Name:      |                      |
| Name (Ar)       | الزهراء مونتير مهدي    | Card Number:      | 088091963       | Mother Name (Ar): |                      |
| Title:          |                        | Nationality:      | SWE             | Family ID:        |                      |
| Title(Ar):      |                        | Nationality (Ar): | السويدي         |                   |                      |
| Issue Date:     | 11/03/2018             | Sex:              | F               | Sponsor Type:     | 03                   |
| Expiry Date:    | 07/03/2020             | Date of Birth:    | 08/07/1991      | Sponsor Name:     | طله محمد ناصر العنرج |
| Marital Status: | 02                     | Husband IDN:      |                 | Sponsor Number:   | 0122888479           |
| Residency Type: | 03                     | Residency Number: | 20120143108924  | Residency Expiry: | 07/03/2020           |
| ID Type:        | IL                     | Occupation:       | 10              | Occupation Field: | 00                   |



Photo

Signature Image

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

10/28/2018





precisely Kindly Answer the following questions \*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"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار                                    |
| <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned                   | <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار                                    |
| <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned                  | <input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار                                    |
| <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned                  | <input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار                                    |
| Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No                           | هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدرية؟ نعم / لا  |
| Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No | هل ظهر لديك حلا البسيط أو بثور أو تورحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا                         |
| Have you Taken Akutan or isotritonine in the last 6 months? Yes/ No    | هل تناولت عقار الاكوتان/ الايسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا                   |
| Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroquinon on Site?Yes / No    | هل استخدمت ريتين اي أو منتجات حمض الجلاليك أو الهيدركوينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا       |
| Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No  | هل قمت بنتف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 اسابيع الماضية؟ نعم / لا |
| Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No              | هل كنت اخر مرة تعرضت فيها لأشعة 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 سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا                                 |
| What products you are using for your skin recently?                    | ماهي المنتجات التي 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 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

2015/10/14

أقر أنا ..... بقدمي الى مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر. وأتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. وأتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الطلقات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وإني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتف والشمع والكريات وإزالة الشعر بالشمع و الكي و إني اخترت إزالة الشعر بالليزر. أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 اسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 اسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات و الحساسية ونوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكوتان خلال الست أشهر الماضية أو اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
- أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد يحدثه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.
- الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يقرب الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة ايام 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.

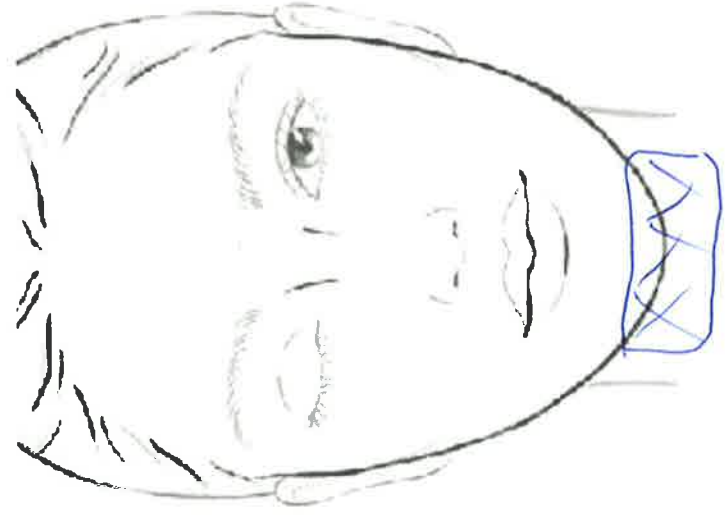
أقر أنه قد أتممت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و اني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري او حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع

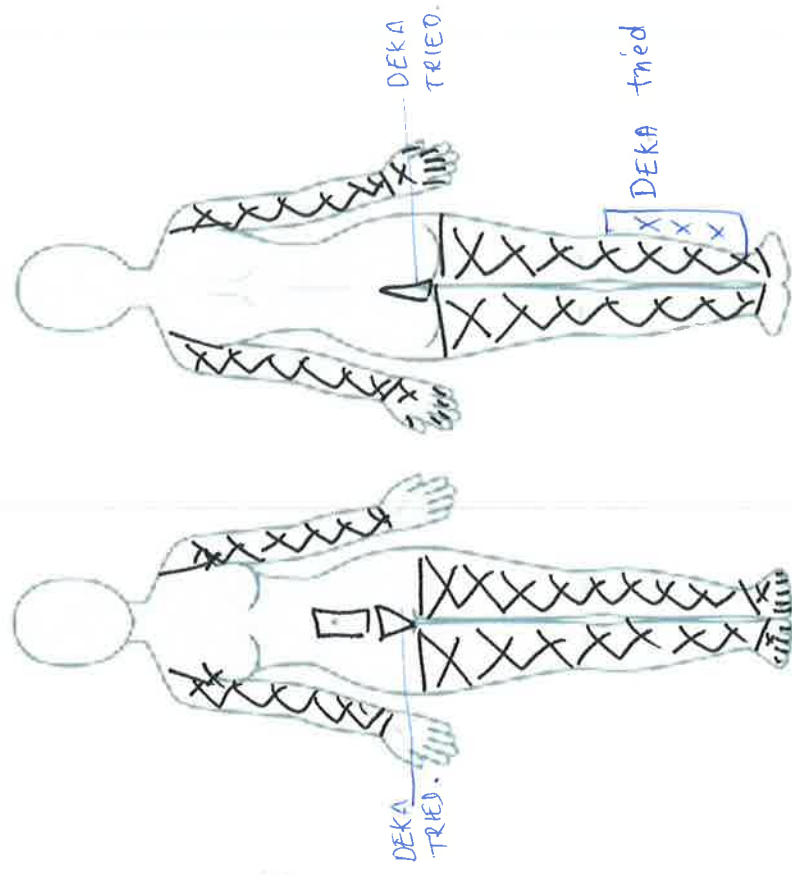
.....  
..... / ... / ...

التاريخ

Patient's Name: AL ZAHIRAA MEHDI اسم المريض  
 File Number: 1001096 رقم الملف  
 Pain Relief given? Yes / No .....  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No .....  
 Pretreatment photography taken? Yes / No .....



\* FACE - PENDING



| Treatment Date | Session 1                                 | Session 2                 | Session 3                                       | Session 4            | Session 5 | Session 6 |
|----------------|---|---------------------------|---|----------------------|-----------|-----------|
| Treatment Area | 11/11/2017<br>FULL BODY                   | 23/12/18<br>FULL BODY     | 22/12/18<br>FULL BODY                           | 19/2/18<br>FULL BODY |           |           |
| Hair Type      | DARK, COARSE                              | DARK                      | DARK  | DARK                 |           |           |
| Mode           | DPI, FDP                                  | DPI, FDP                  | DPI   | DARK                 |           |           |
| Fluence        | 10J/cm <sup>2</sup> , 16J/cm <sup>2</sup> | 16J/cm <sup>2</sup> , 18J | 18J   | ALEX                 |           |           |
| Pulse Type     | BURST, SHORT                              | BURST, SHORT              | DEKA  | 7-8/11-13            |           |           |
| CNT Pulse      |   |                           | 75/117 m.s.                                     |                      |           |           |
| Passes         | 2, 1                                      | 2, 1                      |   |                      |           |           |
| Starting Time  | 10:30 AM                                  | 11:00 AM                  | 10 AM   | 11:15                |           |           |
| Finish Time    | 12:30 PM                                  | 1:10 PM                   | 11:30 AM  | 12:35 N              |           |           |
| Post Treatment | MORO                                      |                           | Mebo<br>BIKINI-12/17<br>(2 spots)<br>Beena/RINA |                      |           |           |

Therapist Name and Signature .. BESSIE.....





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-001537


AED 1,297.50

RECEIPT VOUCHER

Date: 28-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001096 - ALZAHRAA MEHDI - 971509544598**The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Ninety Seven and Five Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,297.50 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR FULL BODY LHR + 300 ADVANCE FOR FULL BODY PKG**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

997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001666)

Date:11-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001096 - ALZAHRAA MEHDI - 971509544598

The sum of Dhs. **Nine Hundred Ninety-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 **997.50**

Bank: Cheque No.

Date: 11-11-2018

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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

892.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002032)

Date:23-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001096 - ALZAHRAA MEHDI - 971509544598

The sum of Dhs. Eight Hundred Ninety-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 892.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 23-12-2018

Being

Made by Ghada

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

[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002382)

Date:22-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001096 - ALZAHRAA MEHDI - 971509544598

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: 22-01-2019

Being

Made by **Ghada****Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

**RECEIPT VOUCHER (No.REC-002689)**

Date:19-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001096 - ALZAHRAA MEHDI - 971509544598

The sum of Dhs. **Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **15.00** / By Credit Card **682.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **300.00**Bank: Cheque No. Date: **19-02-2019**Being **FULL BODY WITHOUT FRONT AND BACK 950**Made by **Rana**Tel: + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail: [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)