



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,102.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005277)

Date:29-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001105 - MARWA AL QAHTANI - 971526688895

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,102.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Date: 29-09-2019

Being FULL BODY PLUS+ 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 : 1001105 - MARWA AL QAHTANI - 971526688895

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



File No: 1001105.....

Date: 29/10/2018

Date: 29/10/2018

File Number: 1001105.....

Patient Name: Malika Aqrantani.....

اسم المريض: ..... 1001105

Date Of Birth: 8/2/1988 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: (الجنسية):

Phone No. (رقم الهاتف): 052-6688895

Address: (العنوان):

How did you know about us: 052-6688895

E-MAIL: memo998861@ainecy.com.....

How did you know about us: 052-6688895

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	20
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	20
Allergies هل لديك أي حساسية؟	20
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	20
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	20
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	20
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) ، كيمياء (فقر الدم) ، Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	yes Anemia
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	20
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	20
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء ، أمراض كبدية أخرى	20
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	20
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	20
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	20
Other conditions HSV, HIV...etc	20

### 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 يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تعهيد لتنتج 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 للفحوصات 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 المرضية.
- 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 قنحي الملف صحيحة و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً 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 ارادتي

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

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

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



التاريخ: ١٨ / ١٥ / ٢٠١٩

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): 74 Kg	Height (الطول): cm	Blood Type (دم فصيلة الدم):
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (دم 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 ، ائحال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Blank lined area for writing the treatment plan.

Doctor's Signature and Stamp

.....





REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQx0\*

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	Marwa,Khalid,Abdelaziz,Shuhail,Alqahtani	IDN:	784198875796338	Mother Name:	Majida Ghareeb
Name (Ar)	مروية خالد عبد العزيز شهاب القحطاني	Card Number:	075822848	Mother Name (Ar):	ماجدة غريب
Title:		Nationality (Ar):	ARE الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	306000817
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	
Issue Date:	16/11/2015	Date of Birth:	08/02/1988	Sponsor Name:	
Expiry Date:	27/04/2019	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	02	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	99	Occupation Field:	00
ID Type:	ID				



Photo

Signature Image

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

10/29/2018



Kindly Answer the following Questions Precisely

Are you pregnant or breast feeding? Yes / No	هل أنت حامل أو ترضع بالثدي؟ نعم / لا
Do you have a history of allergy or anaphylaxis? Yes / No	هل لديك أي حساسية؟ نعم / لا
Are you currently receiving any Medical Treatment? Yes / No	هل تتلقى أي علاجات حالياً؟ نعم / لا
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الإجابة نعم الذكر بالتفصيل.....
Have you previously received any aesthetic treatment? Yes / No	هل قمت سابقاً بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل.....
Have you ever done any treatment with botox or filler? Yes / No	هل قمت سابقاً بأي علاج باستخدام البوتوكس أو الفيلر؟ نعم / لا
If yes, provide more details .....	إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل.....
What Areas are treated and when? .....	ما هي المناطق التي تمت معالجتها و متى؟ .....
Did you suffer any side effects after treatment? .....	هل عانيت من أي أعراض جانبية بعد العلاج؟ .....
Have you ever suffered from any auto immune disease? Yes / No	هل عانيت من أي امراض مناعية؟ نعم / لا
Do you have any skin infections or inflammations? Yes / No	هل تعاني من أي التهابات او امراض جلدية؟ نعم / لا
Do you take any aspirin, steroids or anticoagulant? Yes / No	هل تتناول اي ستيرويدات او مسبرن او مميحات الدم؟ نعم / لا
Do you have any allergy, specially to Hyaluronic acid, Amide Local Anesthesia or Lidocaine? Yes / No	هل تعاني من اي حساسية خصوصاً تجاه حمض الهالورونيك او التخدير الموضعي او الليدوكاين؟ نعم / لا
Do you suffer of Hypertrophic Scarring? Yes / No	هل تعاني من تضخم الندب؟ نعم / لا
Do you suffer any cardiac disorders? Yes / No	هل تعاني من اي مشاكل او امراض قلبية؟ نعم / لا
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل.....

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

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

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.

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

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا لقرار و التقييم (أو تمت قراءته لي و أنا على علم بمحتواه) و أن جميع استسائي و استفساراتي قد أُجيبت بالكامل وبشكل مرضي،

أقر أنني على علم بكامل الاخطار و المضاعفات التي قد تنتج عن هذا العلاج و اتهم ان لا ضمانات قد قدمت لي لنتائج هذا الاجراء الطبي.

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

Patient Name and Signature

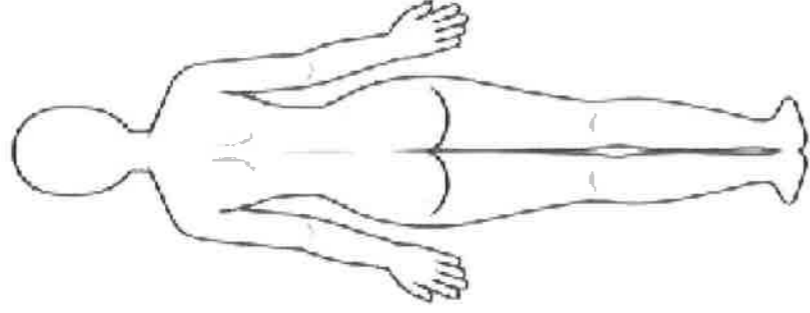
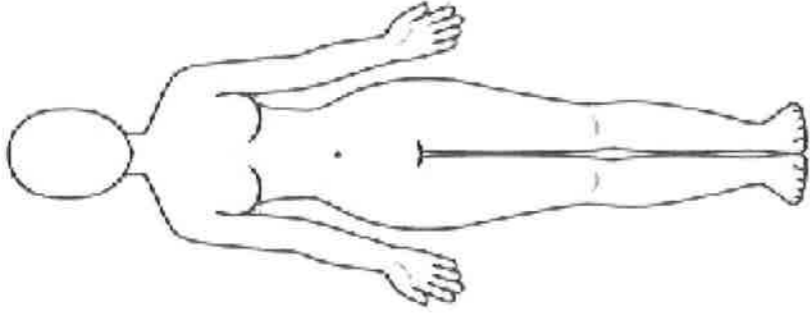
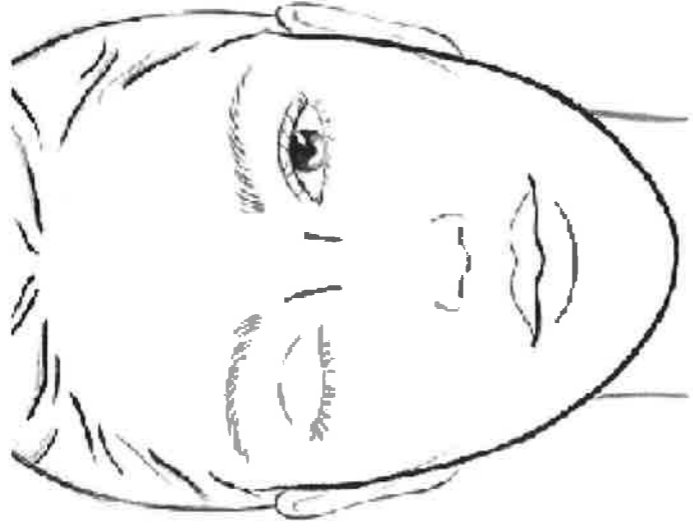
إسم المريض و التوقيع  
.....  
Nour

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

التاريخ: 2.9. / 10/18



Patient's Name: Mawwaa Alqabbani إسم المريض  
 File Number: 1601105 رقم الملف  
 Pain Relief given? Yes / No 1601105 Evaluation and consent form completed? Yes / No  
Pretreatment photography taken? Yes / No

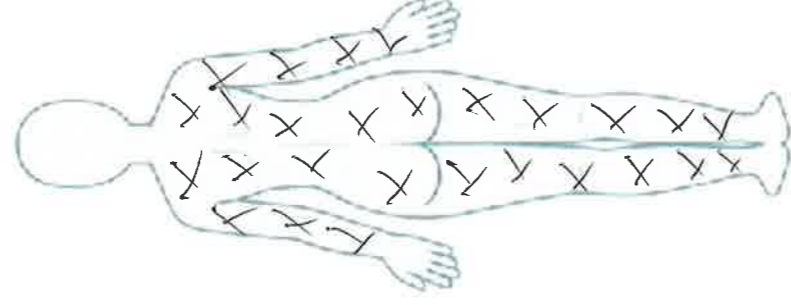
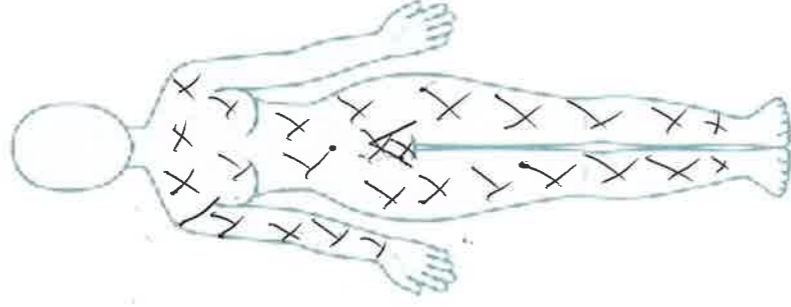
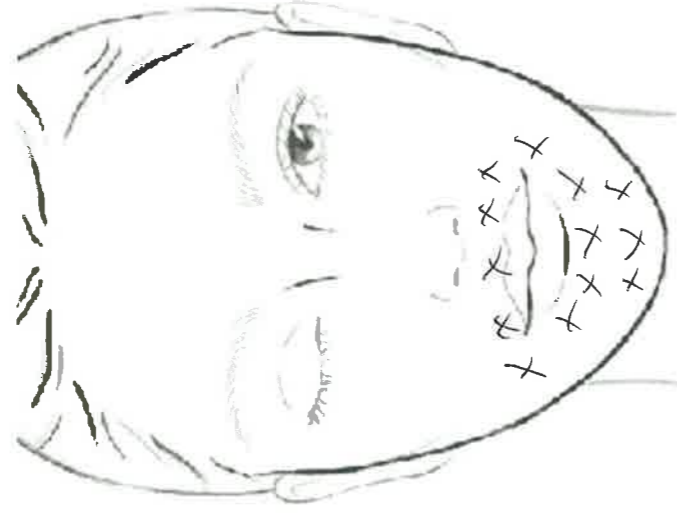


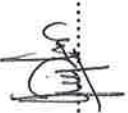
	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	29/8/19					
Treatment Area	Full body +					
Hair Type	Soft + D.					
Mode						
Fluence	7/10 ms					
Pulse Type	16/15 ms					
GNT Pulse						
Passes	1					
Starting Time	3.45 PM					
Finish Time	5 PM					
Post Treatment	fruits					

fruits

Therapist Name and Signature .....

Patient's Name: Moswa Alqanani اسم المريض: .....  
 File Number: 1001105 Evaluation and consent form completed? Yes / No  
 Pain Relief given? Yes / No Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	29/10/18	5/11/18	6/2/19	26/6/19	5/8/19	
Treatment Area	Full body	Full body	Full body	Full body	Full body	Full body
Hair Type	Medium Dark	Medium/Dark	MEDIUM	SOFT/DARK	SOFT/DARK	SOFT/DARK
Mode	FDP/DPI	ND YAG	NDYAG-10-15/10-15	M/SOFT	ALEX 17/10	ALEX 7-8/10
Fluence	SJ   16J   18J	Face Alex 7/10	ALEX 6-7/10-12	ALEX 6/7/10	NO YAG	NO YAG
Pulse Type	SPRINKLE	Bikini - 11J/25ms	Bikini	NO YAG	Bikini/axilla	14/18ms
CNT Pulse		Body 15J/16	10/12.5			Bikini
Passes	2 pass	1 pass	1 pass			
Starting Time	5 PM	4:20 PM	3:30 PM			
Finish Time	9:15 PM	5:45 PM	5:30 PM	3:30 PM	4:30 PM	3:30 PM
Post Treatment	Avene cream	Neobortment advised				
Therapist Name and Signature	 Therapist Name and Signature .....					



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 300.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-001555

Date: 29-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001105 - MARWA AL QAHTANI - 97152668895**The sum of Dhs. **Three Hundred Only**By Cash **300.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: \_\_\_\_\_ Cheque No. \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Being **ADVANCE FOR FULL BODY PLUS LHR**

...ade 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

1,207.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001554)

Date:29-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001105 - MARWA AL QAHTANI - 97152668895

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

By Cash 1,207.50 / 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 Ghada

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



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,155.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001887)

Date:05-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001105 - MARWA AL QAHTANI - 971526688895

The sum of Dhs. **One Thousand One Hundred Fifty-Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,155.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **05-12-2018**

Being

*taken*Made by **FATEN**

---

**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

1,155.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002561)

Date: 06-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001105 - MARWA AL QAHTANI - 97152668895

The sum of Dhs. **One Thousand One Hundred Fifty-Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,155.00** / 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](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,155.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003070)

Date:25-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001105 - MARWA AL QAHTANI - 971526688895

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,155.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-03-2019

Being **FULL BODY PLUS 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 : 1001105 - MARWA AL QAHTANI - 971526688895

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 أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,155.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003754)

Date:22-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001105 - MARWA AL QAHTANI - 97152668895

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,155.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Date: 22-05-2019

Cheque No.

Being **FULL BODY PLUS + 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 : 1001105 - MARWA AL QAHTANI - 97152668895

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



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004205)

Date: 26-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001105 - MARWA AL QAHTANI - 97152668895

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: 26-06-2019

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 : 1001105 - MARWA AL QAHTANI - 97152668895

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

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004650)

Date:05-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001105 - MARWA AL QAHTANI - 97152668895

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: 05-08-2019

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 : 1001105 - MARWA AL QAHTANI - 97152668895

---

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