



File No: ... 1001109

Date: 30/11/2018

Date: 30/11/2018

File Number: 1001109

Patient Name: Ajeesha Al Hamidh

اسم المريض: أ. عيشة الحميد

Date Of Birth: 03/11/1996 Gender: M / (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): كسب

Nationality (العقوبة): الإمارات

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): كسب

Address (العنوان): دبي، الإمارات

Phone No. (رقم الهاتف): 555-1525447

E-MAIL: Hs.ajesha112233@icloud.com

How did you know about us: Indiyaram

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details لنا كالتفصيل إذا كانت الإجابة نعم
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حالية؟	✓	لا شيء
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبطات المناعة؟	X	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	X	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟	X	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	X	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميغات الدم؟	X	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) لويميا (نقر الدم)، لويميا	X	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	X	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	X	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مفتح للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	✓	تأخر في الدورة الشهرية
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض الكبد الأخرى	X	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	X	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	X	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	✓	
Other conditions فيروس الأبتز، فيروس الحلاّ البسيط etc: HSV, HIV ...etc هل تعاليت من أي أمراض أخرى؟	X	



### 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 وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المتخصص والمؤهل،
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي بالعلاج الأفضل والأمن و
- أتفهم أنه من الممكن أن يحتاج الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في القصد الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والعلاجات اللازمة والمطلوبة بحكم خبرته المهنية والعلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتبع العلاجات والإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار والمضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات الجراحية والجراحية.
- والمؤكد أن بعض الإجراءات التشخيصية والعلاجية والجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالتهاب أو القوم أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم يحدد الأذى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية وأن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية والتاريخ الطبي التي قدمت لي تفصي الفف صحية، و أتفهم أن أي معلومات تتلاقى بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا القرار وأن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و أنني قد قرأت وفهمت جميع تفاصيله بالكامل و أنني وقعت عليه بكامل إرادتي

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

كاش

التاريخ: ١٣/١٠/٢٠١٤

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نصبة 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 , ائحال المستشفى

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

د. غوران يوفانوفيتش  
 Dr. Goran Yovanovitch  
 اختصاصي جراحة التجميل  
 Specialist - Plastic Surgeon  
 ترخيص رقم: V220  
 مركز أوركي الطبية  
 Orchid Medical Center

DATE	TREATMENT	PAYMENT / SIGNATURE
30/10/12	kHA lower half face: 12J / BURST / pass.	
	Full legs full arms. 14 J / BURST 2 pass.	
	upper side of loge back & front — FDP 6J/6HZ.	
	Bikini back. FDP 6J/6HZ.	
	body front & back 14J / BURST	Beena





precisely Kindly Answer the following questions تجرسي الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

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 checked="" type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار <input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار <input checked="" type="checkbox"/> نادراً الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No No	هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدر؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes/ No No	هل ظهر لديك حلا البسيط أو بثور أو قرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No No	هل تناولت عقار الكيوتان/ الايسوتريتينين خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroquenon on Site? Yes / No No	هل استخدمت ريتين اي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهاليدوكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? ..... Do/ Did you use any tanning products? Yes / No No	هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم / لا هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No No	هل لديك اي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No No	هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?..... No	ماهي المنتجات التي تستخدمها بشرتك حالياً؟..... لا
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No No	هل اجريت اي عملية ازالة شعر سابقاً؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No No	السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No No	هل قمت سابقاً 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 their 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 .....  
مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المشفر.  
أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر فتعمل قدرتها على إنهاء الشعر. وأتفهم أن 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. وإني علم على كامل كافة الطرق البديلة لازالة الشعر كالحقن والتف والكريمات وازالة الشعر بالشمع والكي وإني اخترت ازالة الشعر بالليزر.  
أقر بعني قد تلقيت التعليمات التالية:  
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.  
- يجب تقادي ازالة الشعر بالشمع أو التف قبل العلاج ب 6 اسابيع على الأقل.  
- الوشم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.  
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات والحساسية ونوع البشرة  
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الكيوتان خلال الست اشهر الماضية أو اي عقاقير تتسممهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر.  
أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.  
الأعراض الجانبية  
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. ومن الممكن حدوث بعض التورم والتشققات. وهذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الي عدة ايام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تديم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.  
أقر أنه قد أتيتحت لمي الفرصة للاستشارة وتوجيه الأسئلة الي المعالج المختص. وإني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لمي. وأني تجاوزت التامة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

أقر بعني قد تلقيت التعليمات التالية:  
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.  
- يجب تقادي ازالة الشعر بالشمع أو التف قبل العلاج ب 6 اسابيع على الأقل.  
- الوشم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.  
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات والحساسية ونوع البشرة  
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الكيوتان خلال الست اشهر الماضية أو اي عقاقير تتسممهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر.  
أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.  
الأعراض الجانبية  
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. ومن الممكن حدوث بعض التورم والتشققات. وهذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الي عدة ايام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تديم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.  
أقر أنه قد أتيتحت لمي الفرصة للاستشارة وتوجيه الأسئلة الي المعالج المختص. وإني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لمي. وأني تجاوزت التامة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

أقر بعني قد تلقيت التعليمات التالية:  
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.  
- يجب تقادي ازالة الشعر بالشمع أو التف قبل العلاج ب 6 اسابيع على الأقل.  
- الوشم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.  
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات والحساسية ونوع البشرة  
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الكيوتان خلال الست اشهر الماضية أو اي عقاقير تتسممهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر.  
أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.  
الأعراض الجانبية  
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. ومن الممكن حدوث بعض التورم والتشققات. وهذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الي عدة ايام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تديم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.  
أقر أنه قد أتيتحت لمي الفرصة للاستشارة وتوجيه الأسئلة الي المعالج المختص. وإني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لمي. وأني تجاوزت التامة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

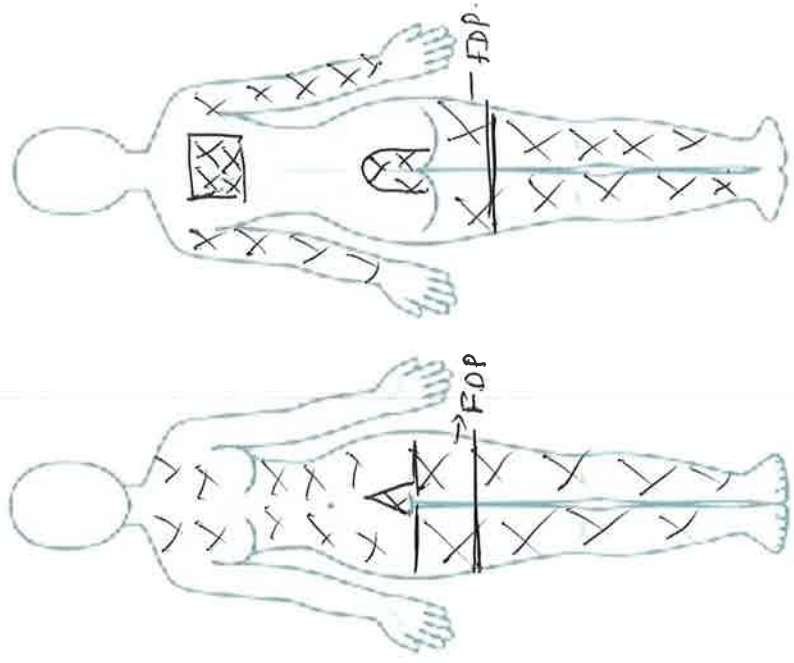
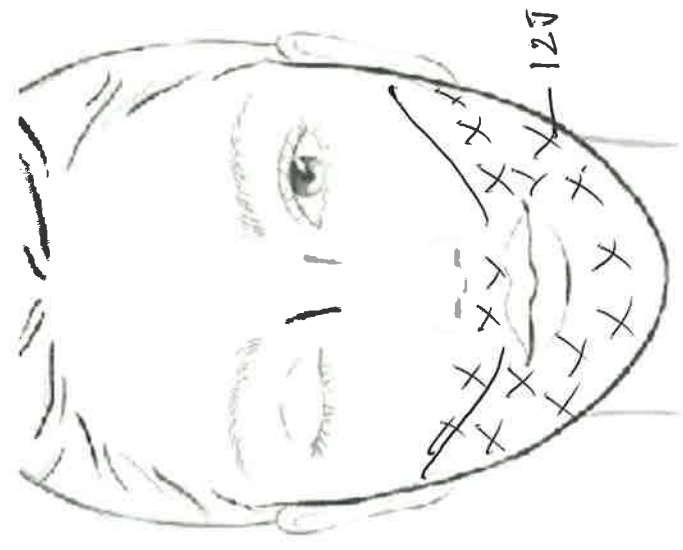
الاسم والتوقيع  
.....

التاريخ

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

Patient's Name: Ayesha Al Humaidh .....  
 File Number: 1061109 .....  
 Pain Relief given? Yes / No

axilla & Bikini front  
 waxing done yesterday.



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	30/10/12					
Treatment Area	Full body					
Hair Type	Thick dark					
Mode	FDP / PPI					
Fluence	6H2, 14J/12J					
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	2 pass					
Starting Time	1pm					
Finish Time	3.30pm					
Post Treatment	Mebo + sunscreen 3 days					

Therapist Name and Signature .....

REDAD DATA

cAEAIOEBAA83ODQXO

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	Ayesha,Abdulla,Obaid,Hassan,Al Hamidh	IDN:	784199682038387	Mother Name:	Amna Salem
Name (Ar)	عائشة عبد الله عبد الرحمن الحميد	Card Number:	067474909	Mother Name (Ar):	أمينة سالم
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	202006215
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	26/02/2014	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	26/02/2019	Date of Birth:	03/11/1996	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

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

10/30/2018





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,207.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001562)

Date: 30-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001109 - AYESHA ALHAMIDH - 971551828447

The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,207.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: \_\_\_\_\_

Date: **30-10-2018**

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

No: REC-001563

Date: 30-10-2018

AED 200.00

RECEIPT VOUCHERReceive from Mr./Mrs./M/s. **1001109 - AYESHA ALHAMIDH - 971551828447**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:

Being **ADVANCE PAYMENT FOR FULL BODY PLUS LHR/ 1150 PKG**Made by  **Ayesha Alhamidh****Tel: + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)****[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**