



File No: 1001131

Date: 4 / 11 / 2018

Date: 4 / 11 / 2018

File Number: 1001131

Patient Name: Yasseen Abdulwaddood

اسم المريض: .....

Date Of Birth: 14 / 11 / 1977 (تاريخ الميلاد) M / F

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

Nationality: Iraq (الجنسية)

Phone No. (رقم الهاتف): 0529849200

Address (العنوان): Shargh

How did you know about us: Google

E-MAIL: .....

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

### 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 تزويدي بالعلاج الأمثل 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.
- أقرض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين نتائج 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 للقصاصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و اترك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تقوي لي مضاعفات كالالتهاب 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 قمته لي قد بقي للملف صحيحة و أتفهم أن أي معلومات تتناقض بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإفصاح عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و ان 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: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg	Height (الطول): cm	Blood Type (دمية الدم):
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (دمية الدم): /	Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (دوائير) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

خطة العلاج Treatment Plan

Double chin

needs - 1 session of Aquadryx  
- Botox upper face

Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI  
D50047  
Specialist Dermatology

SUPREALL 5.0cc used in  
I.L Sub mental

After can reviewed

Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI  
D50047  
Specialist Dermatology

SPR 3ml used  
in sub mental

Doctor's Signature and Stamp

.....  
\_\_\_\_\_



REDAD DATA

cAEAI0EBAA83ODQxO

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	Yaseen,Taba,,Abdulwadood	IDN:	784197807204769	Mother Name:	
Name (Ar)	ياسين طه عبدالوود	Card Number:	085588287	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRQ	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	العراق		
Issue Date:	05/10/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	26/09/2020	Date of Birth:	14/11/1978	Sponsor Name:	الاجراء السريع لصيقله البيارات
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	30120177061209	Residency Expiry:	26/09/2020
ID Type:	IL	Occupation:	96	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

11/4/2018



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 833.25

RECEIPT VOUCHER

No: REC-001605

Date: 04-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001131 - YASSEN ABDULWADOOD - 971529849200

The sum of Dhs. Eight Hundred Thirty Three and Two Five Fils Only

By Cash 833.25 / 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 PACKAGE OF MESOTHERAPY 6 SESSION ( FIRST SESSION DONE)

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 أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

456.75

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001604)

Date:04-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001131 - YASSEN ABDULWADOOD - 971529849200

The sum of Dhhs. Four Hundred Fifty-Six Dirhams and Seventy-Five Fils Only

By Cash 456.75 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

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

Date: 04-11-2018

Being

Made by SARA

---

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





مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001606)

Date:04-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001131 - YASSEN ABDULWADOOD - 971529849200

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: **04-11-2018**

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

456.75

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001889)

Date:05-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001131 - YASSEN ABDULWADOOD - 971529849200

The sum of Dhs. Four Hundred Fifty-Six Dirhams and Seventy-Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 456.75

Bank: Cheque No.

Date: 05-12-2018

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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001890)

Date:05-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001131 - YASSEN ABDULWADOOD - 971529849200

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **210.00**

Bank: Cheque No.

Date: 05-12-2018

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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002276)

Date:10-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001131 - YASSEN ABDULWADOOD - 971529849200

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

By Cash 43.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 166.50

Bank:                      Cheque No.

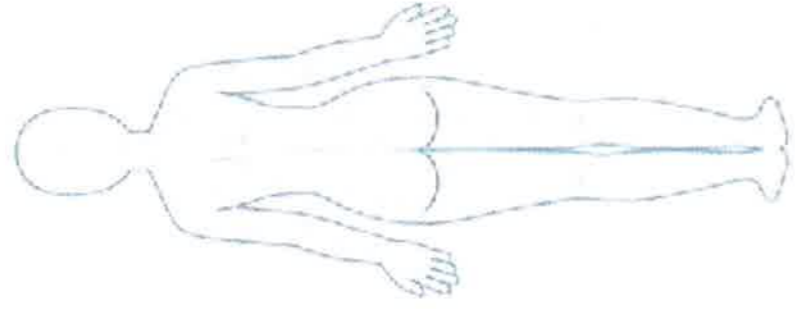
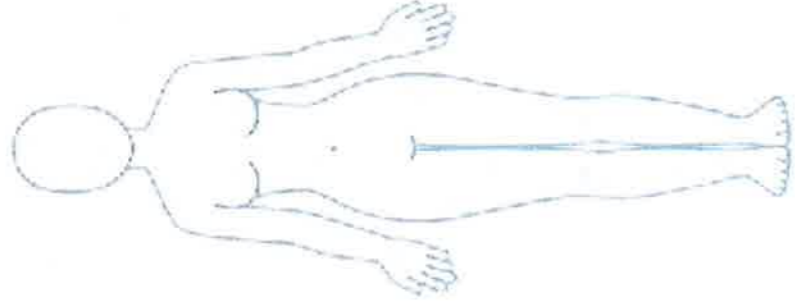
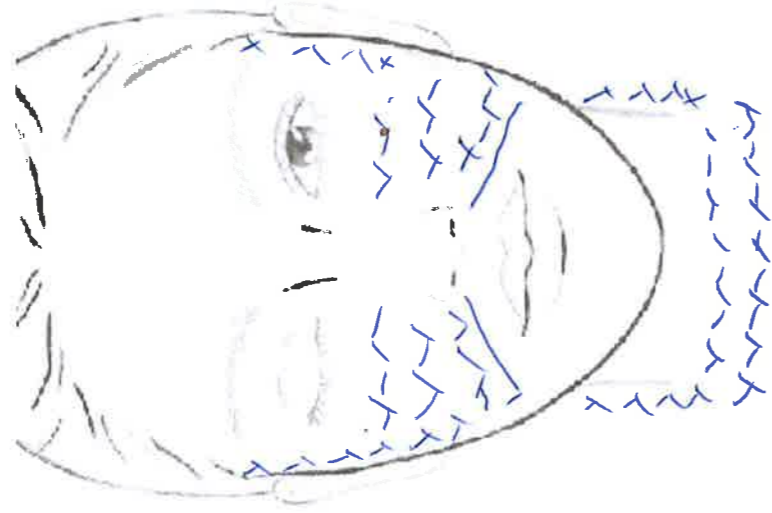
Date: 10-01-2019

Being

Made by FATEM

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

Patient's Name: .....:اسم المريض.....  
 File Number: .....:رقم الملف.....  
 Pain Relief given? Yes / No .....: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	10/1/19					
Treatment Area	BEARDLINE+NEK					
Hair Type	MEDIUM					
Mode	NDYAG					
Fluence	18J/17.5					
Pulse Type	SPOT-16					
CNT Pulse						
Passes	1					
Starting Time	2:45 PM					
Finish Time	3:05 PM					
Post Treatment	FUCIPIN H					

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