





### 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 تشخيصي بالعلاج الأنسب و الخدمة الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في القمص الأولي والتي 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 تفهين لتأنيح 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 مصحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ابرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التوريم أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي فعليا مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المالية يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المطربات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي تخصي للهدف صحيحة. و اتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المطربات 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 إرادتي

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

التاريخ: 6. 11 / 2018

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

للمؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نوع 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 , احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (تخاطي الكحول): Y / N

Drugs (تخاطي العقاقير): Y / N

ملاحظات العملة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

- Scaling & Polishing 100  
Dhs -  
- 3 composite Filling 100 X 3 =  
300  

---

Total 400

Doctor's Signature and Stamp

.....



United Arab Emirates  
 دولة الامارات العربية المتحدة  
 Driving License  
 رخصة قيادة

License No. 555384  
 رقم الرخصة

Name FATIMA AHMED MOHAMED AHMED  
 اسم حامل الرخصة

Nationality EMIRATES  
 الجنسية

Date of Birth 03-09-1987  
 تاريخ الميلاد

Issue Date 20-02-2014  
 تاريخ الاصدار

Expiry Date 19-02-2024  
 تاريخ الانتهاء

SHTR19030  
 رقم الرخصة

Place of Issue SHARJAH  
 مكان الاصدار




UAE  
 11 00 0190657 RW

800 5000

This license should be with you when you are driving and should be presented on demand to an authorized person.  
 يجب حمل الرخصة عند القيادة وتقديمها عند الطلب لسلطات المرور المختصة.

Give way to ambulance, civil defence, VRF escort and police vehicles.  
 يجب إعطاء الأولوية للسيارات الإسعافية، الدفاع المدني، الحرس الوطني والسيارات التابعة للشرطة.

3140054572  
 الرقم المروري

Permitted Vehicles  
 أنواع المركبات المسموح بالقيادة

Automatic Gear	تلقائياً		
Light Vehicle	مركبة خفيفة		



precisely Kindly Answer the following questions

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟

Always Burned , little tanned  
 Always Burned, Never Tanned  
 Little Burned, Always Tanned  
 Rarely Burned, Always Tanned

Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No  
 No

Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No  
 No

Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No  
 لا

Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes / No  
 لا

Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No  
 لا

Did you get exposed to sun or got tanned lately?  
 Do/ Did you use any tanning products? Yes / No  
 لا

Do you Have any tattoos on site? Yes / No  
 لا

Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No  
 لا

What products you are using for your skin recently? .....

Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No  
 لا

For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No  
 لا

Have you done any permanent make up? Yes / No  
 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 ..... / ..... / .....

أقر أنا ..... **هنا** ..... بقومي الى مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لازالة 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. اتصلقت قهرتها على انهاء الشعر. وأتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لازالة الشعر كالخلق و التفت و الكريمات و ازالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت ازالة الشعر بالليزر.

أقر بإنني قد تقيت التعليمات التالية:  
 - لا يسمح بالتشمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.  
 - يجب تعادي ازالة 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 اعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة  
 - الأشخاص الذين تناولوا عقار الكويتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر.  
 أتفهم انه برغم التغيير الذي قد انطه من الجبسة الأولى فإن العلاج يحتاج الي عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

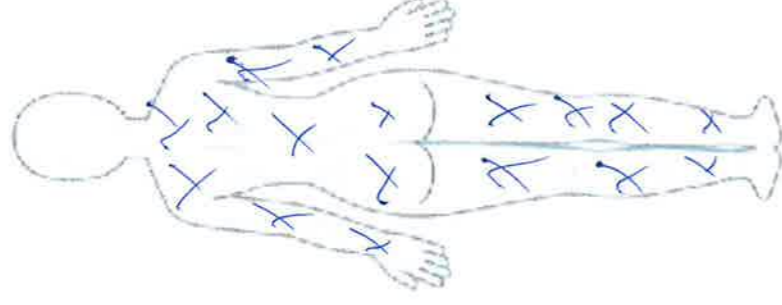
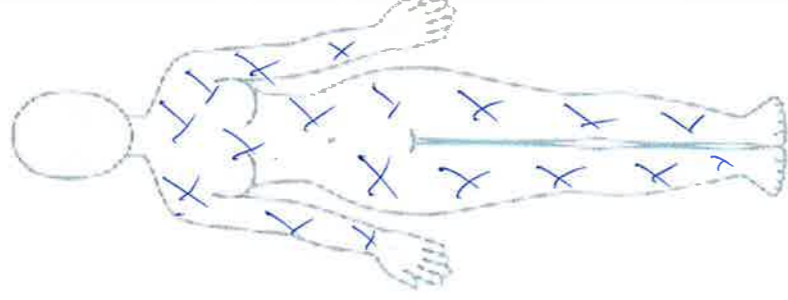
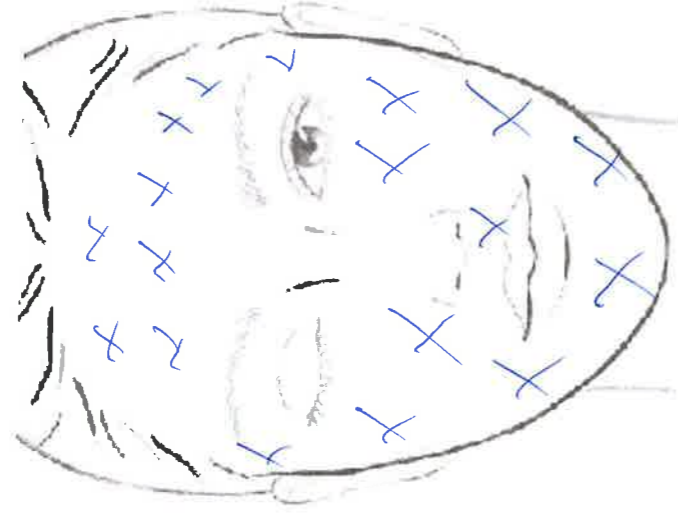
الأعراض الجانبية  
 قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحرق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التفتحات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشى خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدم في حال حدوثها. و يوضح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتيت لمي القوسمة للاستفسار و توجيه الاسئلة الي المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و احصت على سواقة ولي أمر في حال عدم بلغي السن القانوني.

الإسم و التوقيع .....

التاريخ  
 2018. / 11 / 16

Patient's Name: Fatma .....  
 File Number: # 1001129 .....  
 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	6/11/18.					
Treatment Area	Full body					
Hair Type	Medium/Dark					
Mode	ND YAG					
Fluence	13J/17mJ					
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	1					
Starting Time	6.10 PM					
Finish Time	7.15 PM					
Post Treatment						

Therapist Name and Signature ..... Fatma ..... Booy





مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

717.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001625)

Date:06-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001139 - FATIMA AHMED - 971509020550

The sum of Dhs. Seven Hundred Seventeen Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 717.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 06-11-2018

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 أوركيڤ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

400.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001623)

Date:06-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001139 - FATIMA AHMED - 971509020550

The sum of Dhs. **Four Hundred Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **400.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:                      Cheque No.

Date: **06-11-2018**

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 أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

700.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001631)

Date:07-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001139 - FATIMA AHMED - 971509020550

The sum of Dhs. Seven Hundred Dirhams and Zero Fils Only

By Cash **700.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 07-11-2018

Being

Made by  Ghade

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