



File No: ... 1001140

Date: 6/11/2018

Date: 6/11/2018

File Number: 1001140

Patient Name:

اسم المريض: Manar Ebdah

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 24/3/1986

مرئال Status (الحالة الاجتماعية):

M / F

Nationality (الجنسية):

مصري / مصرية

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 056887803

E-MAIL:

How did you know about us: Google

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كتبت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تعاطى أي علاجات حديثة؟	8	
Corticosteroids/immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟	8	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	8	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي امراض؟	8	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب عضلات القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	8	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مسهبات للدم؟	8	
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	8	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	8	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي امراض في الكلى أو امراض يولية أو تناسلية؟	8	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ممانع للحمل؟ هل تتعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	8	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراؤ، أي امراض كبدية اخرى	8	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	8	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	8	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكر أو امراض الغدة الدرقية؟	8	
Other conditions فيروس الايدز، فيروس الحاد 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 بالتالي اذعن لبعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي بالرعاية الأفضل.
- أفهم انه من الممكن أن يختلف الطبيب خلال العلاج أمرا مختلفا 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 المادجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.
- أقر انه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية الطبية لي كما أفهم الخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات المادية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و المادية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب أو التقيح أو النزيف أو الالتهاب أو الحساسية
- أفهم ان هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة المادية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر ان كافة المطالبات الطبية و التاريخ الطبي التي قدمت لي قد تبقى لائق صحية و اذني ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر ان لدي المطالبات الكافية لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اذني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اذني وقعت عليه بكامل اراضي

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

التاريخ: ٢٠١٤ / ١١ / ٦

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

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

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

لأقشرات الحيوية Vital Signs		
Weight (الوزن): kg	Height (الطول): cm	Blood Types (دم) :
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (دم) /	Blood Sugar (دم) :

سبب زيارة المريض العيلة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، امدال للمستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (العقاقير) : Y / N

General & Clinical Findings  
ملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

المصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج


Doctor's Signature and Stamp

.....



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
6/11/18	LHR FULL BIKINI (DEKA)	350000 ب. ق. 350000 Plastic Surgeon حصانتي - جراحات التجميل تخصص رقم: 7820 مركز اوركيد الطبي MOH License No.: 7820		
11/12/18	LHR FULL BIKINI + UNDERARM			
30/01/19	LHR Bikini (VIKINI)			
05/05/19	LHR Bikini and back.			
18/06/19	LHR FULL BODY (DEKA)			
17/10/19	LHR - Full body (Deka)			

د. وسام مروان العبدع  
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
 اختصاص جلدية  
 Dermatology specialist  
 MOH License No.: 7826  
 مركز اوركيد الطبي  
 Orchid Medical Centre

د. وسام مروان العبدع  
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
 اختصاص جلدية  
 Dermatology specialist  
 MOH License No.: 7826  
 مركز اوركيد الطبي  
 Orchid Medical Centre

د. وسام مروان العبدع  
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
 اختصاص جلدية  
 Dermatology specialist  
 MOH License No.: 7826  
 مركز اوركيد الطبي  
 Orchid Medical Centre



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

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 type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	ما هي الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلا الاسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار <input type="checkbox"/> قليلا الاحترق , دائمة الاسمرار <input type="checkbox"/> نادرا الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات نوب أو جدرة ؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الاكيتان/ الايسوتريتونين خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinon on Site? Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلوكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتف أو كي أو إزالة الشعر بالشع في منة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? ..... Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحمامة شمسية؟ ..... هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك أي وشمم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No What products you are using for your skin recently?.....	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشركه حاليا؟ .....
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	هل أجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم لليج؟ 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  
... / ... / .....

أقر أنا .....  
مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المستقر.

وتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر. امتصاص قدرتها على إنهاء الشعر. وأتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالخلع والتفك والكريكات و إزالة الشعر بالشع و الكي و إنني اختارت إزالة الشعر بالليزر.

أقر باني قد تلتفت التعليمات التالية:  
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.  
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.

- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالطرح بالليزر.

- يجب إعطاء التاريخ الطبي الكامل ويشمل تلك العلاجات والحساسيات ونوع البشرة

- الإضخاص الذين تناولوا عقار الاكيتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق و من الممكن حدوث بعض التورم والتشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. تقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتيتحت لي الفرصة للاستشارة و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قرأته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغى السن القانوني.

الإسم و التوقيع .....

التاريخ .....

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

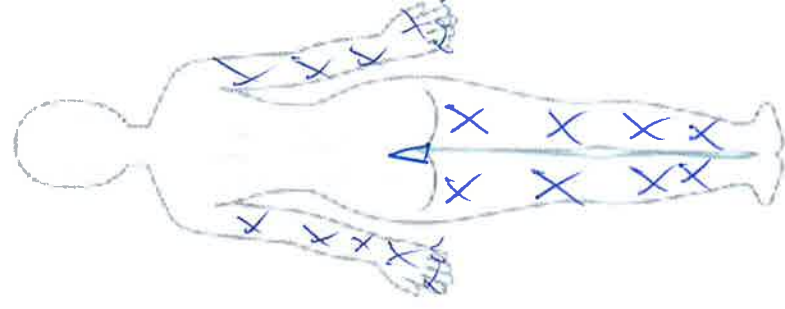
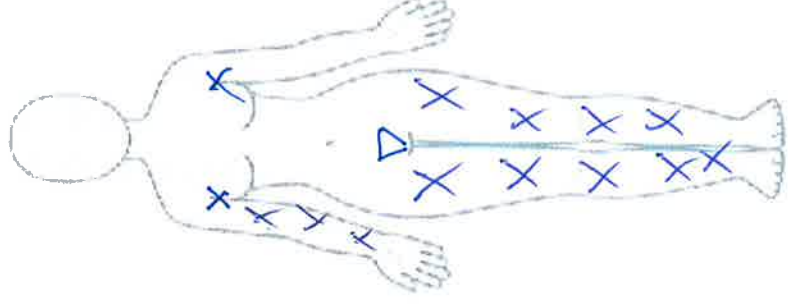
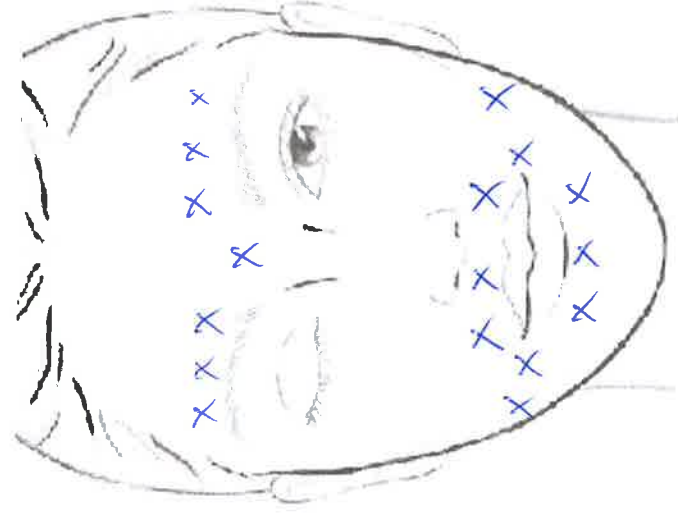


Patient's Name: Manaa Ebdah اسم المريض

File Number: ..... رقم الملف

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	6/11/18	11/12/18	30/01/19	05/05/19	18/06/19	07/10/19
Treatment Area	Full Bikini	Full Bikini + Underarm	Bikini	Bikini	Full Body	Same
Hair Type	Medium	Medium	Moderate	Medium	Soft	Soft
Mode	MPX / NDYAG	NDYAG	FDP (Viking) NDYAG	NDYAG	ALEX	ALEX
Fluence	5/15 - 13/20	13/15	6 J/cm <sup>2</sup>	12-15 J/cm <sup>2</sup>	7 J/cm <sup>2</sup>	8.5-10 ALEX
Pulse Type	SPOT - 20	SPOT: 20	SHORT	18 mms	NDYAG	NDYAG
CNT Pulse					13-14/14ms	8 J/9-10ms
Passes	1	1				
Starting Time	5 PM	4:20 PM	4:30 PM	4:10 PM	5:30 PM	5:10 PM
Finish Time	5:15 PM	4:45 PM	4:45 PM	4:30 PM	6:35 PM	6:20 PM
Post Treatment	ADVISED MERO	ADVISED MERO	ADVISED MERO			

Therapist Name and Signature: ALESSIE



precisely Kindly Answer the following questions يرجى 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 type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	ما هي الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , هيلة الاسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار <input type="checkbox"/> هيلة الاحتراق , دائمة الاسمرار <input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No No	هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جذرة ؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بقع أو قرحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroquonen on Site?Yes / No No	هل تناولت عقار الكيتانان/اليسوتريوتونين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No No	هل استخدمت ريشن أي أو منتجات حصفن الجلايكوليك أو الهاليدروكوينون 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 قمت بتيف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منحة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا شئ كادت آخر مرة تعرضت فيها لإشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ ..... هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No No	هل لديك أي وشوم / 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 / تستخدمها ليشرك حالياً؟ .....
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No No	لسيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No No	هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

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

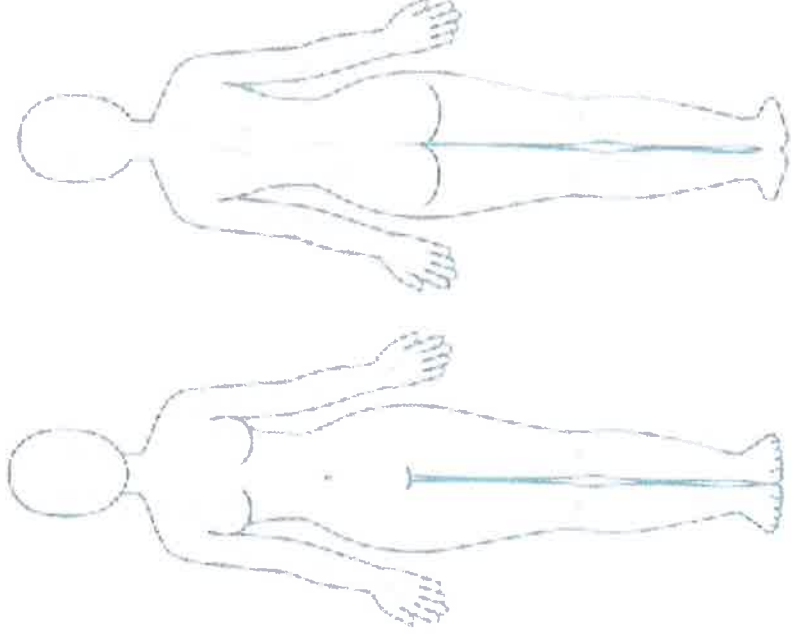
أقر أنا .....  
مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.  
أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر.  
وأتفهم أن نتائج العلاج 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 إذني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالشمع و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إذني اختياري إزالة الشعر بالليزر.  
أقر بشئ قد تفتيت التعليمات التالية:  
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.  
- يجب تعادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.  
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.  
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة  
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الكيتانان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.  
أتفهم أنه يرغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.  
الأعراض الجانبية  
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحرق و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.  
أقر أنه قد أتيت لمي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و إذني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قرأته لهما و إذني تجاوزت التامة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الإسم و التوقيع .....

التاريخ  
... / ... / .....



Patient's Name: ..... اسم المريض .....  
 File Number: ..... رقم الملف ..... 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						
Treatment Area						
Hair Type						
Mode						
Fluence						
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes						
Starting Time						
Finish Time						
Post Treatment						

Therapist Name and Signature .....

REDAD DATA

CAEAIOEBAA83ODQxO'

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	Manar,B,A.,Ibdah	IDN:	784198583130939	Mother Name:	
Name (Ar)	منار بشير احمد ابداح	Card Number:	086854691	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	25/12/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	18/10/2019	Date of Birth:	24/03/1985	Sponsor Name:	علاء محمد فياض مفضي شندابه
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	0134145813
Residency Type:	03	Residency Number:	20120133152746	Residency Expiry:	18/10/2019
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

11/6/2018



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

367.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001621)

Date: 06-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001140 - MANAR IBDAH - 971568787803

The sum of Dhs. Three Hundred Sixty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 367.50 / 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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

472.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001941)

Date: 11-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001140 - MANAR IBDAH - 971568787803

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 472.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 11-12-2018

Being

Made by Ghada

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

بيميني  
PKG

مركز أوريديك الطبية  
HID MEDICAL CENTER

Zha + Vat

AED 100.

/OUCHER

No: REC-002462

Receive fi

971568787803

100 Advanc.

Date: 30-01-2019

The sum c

for next  
session

By Cash 0

0) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Date:

362.5

Being 100.

Made by Ghada

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

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003579)

Date:05-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001140 - MANAR IBDAH - 971568787803

The sum of Dhs. **Two Hundred Sixty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **162.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **100.00**

Bank: Cheque No.

Date: 05-05-2019

Being **BIKINI FRONT &BACK + 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 : 1001140 - MANAR IBDAH - 971568787803

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 892.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004096)

Date:18-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001140 - MANAR IBDAH - 971568787803

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: 18-06-2019

Being LHR FULL BODY + 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 : 1001140 - MANAR IBDAH - 971568787803

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-005427)

Date:07-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001140 - MANAR IBDAH - 971568787803

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: 07-10-2019

Being **FULL BODY (HR) + 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 : 1001140 - MANAR IBDAH - 971568787803

---

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