



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال  
Health ... Smile ... Beauty

File No: 1001144

Date: 7 / 11 / 2018

Date: 7 / 11 / 2018

Patient Name: Shamsa Al Khatexi

File Number: 1001144

Date Of Birth: 28 / 3 / 1980 (تاريخ الميلاد) Gender: M (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: (الجنسية): U.A.E. Occupation: (الوظيفة):

Address (العنوان): Sharjah

E-MAIL:

Phone No. (رقم الهاتف): 05078100

How did you know about us: instigay.com

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتلقى أي أدوية أو تلقي أي علاجات حديثة؟	X	
Corticosteroids/immunosuppressant هل تتلقى أي مثبورات أو مثبورات المناعة؟	X	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	X	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تلقيت من أي أمراض؟	X	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، 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 تتلقى أي مميكت الدم؟	X	
Anemia, Leukemia (قرح الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	X	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	X	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟	X	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل كنت حامل؟ هل تتعاطين أي مفتح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	X	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراوى، اى الامراض كبدية اخرى	X	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	X	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	X	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟	X	
Other conditions HSV, HIV...etc	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 و أسمح للطبيب بإجراء حالي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل،
- أعطي أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترميمي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يحتاج 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 بإتخاذ كل الإجراءات الطبية و الإجراءات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتي المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تفهيم لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي. كما أفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استعمال علاج حالتي المرضية.
- أفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للقصصات والإجراءات الجراحية و الجراحية و العلاجية و التشخيصية و الجراحية و الجراحية من مضاعفات و امراض ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات.
- أفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من الحالة.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمته اني تلقيه أثناء صحتي و اقر ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون تفهيم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر ان لدي المعلومات الكافية لتقديم هذا الاقرار و ان هذا التصريح قد تم شرحها لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بأكمل ارادتي

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

التاريخ: ... / ... / .....

Patient Assessment Form استاذة فهد العريض

Vital Signs المؤشرات الحيوية	
Weight (الوزن): kg	Height (الطول): cm
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (الضغط الدم): /
	Blood Type (الدم):
	Blood Sugar (السكر الدم):

Chief Complaint سبب زيارة المريض المعينة

lower teeth looks out

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (الطعام): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

OPG, GI ceph

Diagnosis التشخيص

1mm Reverse overjet  
Mild crowding of D/4 ant.  
SK 2 Dentally Class III


Treatment Plan خطة العلاج

4th Extraction Case

Only Dental Correction no Skeletal.

TE Amount: → 4000 Down Pay = 1000

Retainer Charges Extra



Doctor's Signature and Stamp

.....





## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

يقوم طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام جهاز ليزر ال Q-Switch أقر أنا \_\_\_\_\_

التقشير الكروني باستخدام لوشن الكريول يفعله التقشير بالليزر هو أحد الإختطابات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والتشوذ الصبغي (البقع

حمراء والبنية غير المرغوب بها والمربطة، بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تصيين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إحصار الجلد، إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي ح الحبوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بفكك مؤقت. بفكك علم ينصح ب3-5 جلسات معضمهم فترة زمنية من 2-4 أسابيع وجلسات مرآة كل 3-6 أشهر.

التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكريون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكريون مما يستهدف الأصابع الأكثر عمقا. ينصح في الكلف وزيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 أشهر خصوصا في حالة الكلف.

إزالة الوشم بالليزر.

الأورام الصبغية.

تقشير الشعر.

إزالة فطريات الاضافر (الوضع A)

بيز إزالة الكلف (الوضع M)

معدات الإمتصال للعلاج يتضمن:

تآكل عقار الأيسوتريتينون (الأكوتان) خلال ال6 أشهر الماضية.

الحمل والرضاعة.

الأمراض الجلدية والإتهابات و الأورام الجلدية المرطانية في منطقة العلاج.

مشاكل في الجهاز العصبي.

الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي.

ضعف الشفاء(كون الندوب الجلدية)

اليقاق.

عم تملما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوة ان تتحقق بعد الجلسة الأولى. ولا يتضمن الطبيب رضاي عن درجة التصن بعد عدة جلسات.

تم الفرح لي عن الحاجة الي انتهاء خطة العلاج، و انا اعلم ان النتائج قد تختلف بالنظر الي استجابتي للليزر وتطبيقي التعليمات ما قبل وما بعد العلاج. وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر عي زومت بيا وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي غرحت لي بالكامل.

يهم ان كما هناك منافع لاجراء المطلوب، اعلم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الالتئام، معندا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الي فترة شفاء.

يتم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي: احمرار مؤقت، تآقرات مشابهة لتقيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الي عدة ايام فقط. تغيرات صبغية (بقع داكنة او خفة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الي ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكة، ألم، كدمات، التهاب بندوب او انتفاخ.

يتم الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية أثناء العلاج. و علي ايضا ابقاء عياني مغلقان أثناء العلاج. أقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة قبل ومضاعفات خفيف.

تم شرح العلاج بكامل فوائده ومضاعفاته المحتملة، وقد تمت الاجابة على جميع اسئلي وقد وقرت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التوقيع:

التاريخ:

م المريض/ولي امر المريض:



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001627)

Date:07-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001144 - SHAMSA AL KHATERI - 971509078100

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 315.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 07-11-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002619

Date: 11-02-2019

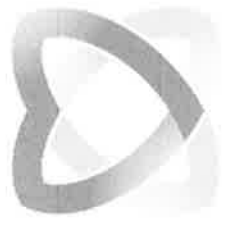
Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001144 - SHAMSA AL KHATERI - 971509078100**The sum of Dhs. **Two Hundred Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **200.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **advance 200 to start her treatment**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

AED 840.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002747

Date: 24-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001144 - SHAMSA AL KHATERI - 971509078100

The sum of Dhs. **Eight Hundred Fourty Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **840.00** (Bank Charges: 0.00) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR HER TREATMENT**Made by **Rana**

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

AED 840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003076)

Date:26-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001144 - SHAMSA AL KHATERI - 971509078100

The sum of Dhs. **Eight Hundred Forty 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 **840.00**

Bank: Cheque No.

Date: 26-03-2019

Being **BRACES DOWN PAYMENT + 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 : 1001144 - SHAMSA AL KHATERI - 971509078100

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 10.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003078)

Date:26-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001144 - SHAMSA AL KHATERI - 971509078100

The sum of Dhs. **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 **10.00**

Bank: Cheque No.

Date: 26-03-2019

Being

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 : 1001144 - SHAMSA AL KHATERI - 971509078100

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 أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003077)

Date:26-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001144 - SHAMSA AL KHATERI - 971509078100

The sum of Dhs. **Two Hundred 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 **200.00**

Bank: Cheque No.

Date: 26-03-2019

Being

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 : 1001144 - SHAMSA AL KHATERI - 971509078100

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 315.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003112)

Date: 28-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001144 - SHAMSA AL KHATERI - 971509078100

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen 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 315.00

Bank: Cheque No.

Date: 28-03-2019

Being FOLLOW UP FIST SESSION + 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 : 1001144 - SHAMSA AL KHATERI - 971509078100

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