



File No: ...1001147

Date: 7 / 11 / 2018

Date: 7 / 11 / 2018

File Number: ...1001147

Patient Name: ...Mouna Assadi

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 22/6/1998 Gender (الجنس): M (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Morocco Occupation (المهنة):

Phone No. (رقم الهاتف): 0554302253

Address (العنوان): ...Sfax

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 كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكر أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions HSV, HIV...etc	لا	

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.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين نتائج العلاجات و الإجراءات الطبية او التجريبية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون محتملة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فحسي الملف صحيحة و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستتبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات 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 ارادتي

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

التاريخ: ... / ... /



استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History: التاريخ المرضي:		
Allergies: الحساسية		
Medications: الأدوية		
Pregnancy: الحمل		
Previous Surgeries, Hospitalization: عمليات سابقة، إدخال للمستشفى		
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (الكحول): Y / N	Drugs (العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings: الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

خطة العلاج Treatment Plan

7-11-2018

1ml hip filler

No issues

After com reviewed

Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI
D50047
Specialist Dermatology

4-11-2018

extra

1ml on hips

Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI
D50047
Specialist Dermatology



HYA corp Face
BIO SCIENCE GmbH
18073 Dummer, Germany
LOT X16-2118/1
2021-05

CE 2409



HYA corp Face
BIO SCIENCE GmbH
18073 Dummer, Germany
LOT X16-2118/1
2021-05

CE 2409

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

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	Mouna,,,Assali	IDN:	784199893274326	Mother Name:	
Name (Ar)	مونه الصالي	Card Number:	089188669	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	MAR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المغرب		
Issue Date:	22/05/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	20/05/2020	Date of Birth:	22/06/1998	Sponsor Name:	العلمية للاشاعات شذيم
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120182206756	Residency Expiry:	20/05/2020
ID Type:	IL	Occupation:	4141	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

11/7/2018



Kindly Answer the following Questions Precisely

Are you pregnant or breast feeding? Yes / No	هل أنت حامل أو توفين بالإرضاع حاليا؟ نعم <input checked="" type="radio"/> لا <input type="radio"/>
Do you have a history of allergy or anaphylaxis? Yes / No	هل لديك اي حساسية؟ نعم <input checked="" type="radio"/> لا <input type="radio"/>
Are you currently receiving any Medical Treatment? Yes / No	هل تتلقى اي علاجات حاليا؟ نعم <input checked="" type="radio"/> لا <input type="radio"/>
if Yes, provide more details.....	
Have you previously received any aesthetic treatment? Yes / No	هل قمت سابقا بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا
if Yes, provide more details.....	
Have you ever done any treatment with botox or filler? Yes / No	هل كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل..... <input checked="" type="radio"/> لا <input type="radio"/>
if yes, provide more details.....	
What Areas are treated and when?.....	ما هي المناطق التي تمت معالجتها و متى؟.....
Did you suffer any side effects after treatment?.....	هل عانيت من اي امراض جانبية بعد العلاج؟.....
Have you ever suffered from any auto immune disease? Yes / No	هل عانيت من اي امراض مناعية؟ نعم <input checked="" type="radio"/> لا <input type="radio"/>
Do you have any skin infections or inflammations? Yes / No	هل تعاني من اي التهابات او امراض جلدية؟ نعم <input checked="" type="radio"/> لا <input type="radio"/>
Do you take any aspirin, steroids or anticoagulant? Yes / No	هل تتناول اي ستيرويدات او اسبيرين او مبيعات الدم؟ نعم <input checked="" type="radio"/> لا <input type="radio"/>
Do you have any allergy, specially to Hyaluronic acid, Amide Local Anesthesia or Lidocaine? Yes / No	هل تعاني من اي حساسية خصوصا تجاه حمض الهالورنيك او التخدير الموضعي او الليدوكاين؟ نعم <input checked="" type="radio"/> لا <input type="radio"/>
Do you suffer of Hypertrophic Scarring? Yes / No	هل تعاني من تضخم الندب؟ نعم <input checked="" type="radio"/> لا <input type="radio"/>
Do you suffer any cardiac disorders? Yes / No	هل تعاني من اي مشاكل او امراض قلبية؟ نعم <input checked="" type="radio"/> لا <input type="radio"/>
if Yes, provide more details.....	

I hereby consent that I have come to orchid medical center for Treatment with Botox / Filler.

I understand this is an elective procedure and I hereby voluntarily consent to treatment with dermal fillers for facial rejuvenation, lip enhancement, establish proper lip and smile lines, and replacing facial volume. or remove any unwanted wrinkles around eyes and forehead. The procedure has been fully explained to me. I also understand that any treatment performed is between me and the doctor/healthcare provider who is treating me and I will direct all post-operative questions or concerns to the treating clinician. I have read the above and understand it. My questions have been answered satisfactorily. I accept the risks and complications of the procedure and I understand that no guarantees are implied as to the outcome of the procedure. I also certify that if I have any changes in my medical history I will notify the doctor/healthcare professional who treated me immediately.

Patient Name and Signature

Date: / /

أقر أنني قد حضرت إلى مركز أوركييد الطبي للحصول على العلاج باستخدام حقن البوتوكس و الفيلر.

أتفهم أن هذا الإجراء هو إجراء اختياري و أنني قد وقعت هذا القرار بإرادتي الكاملة لإجراء الحقن بالفيلر / البوتوكس لإعادة التمشيد الوجه و تحسين مظهر الشفاه و تغيير مظهرها أو إعادة تصاريس الوجه. أو إخفاء التجاعيد في منطقة الجبهة و حول العين.

أقر أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل و أنني سوف أوجه جميع الأسئلة و الاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل و بعد العلاج.

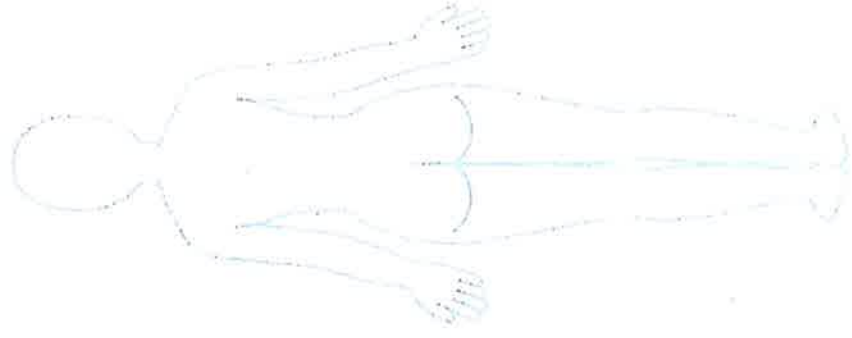
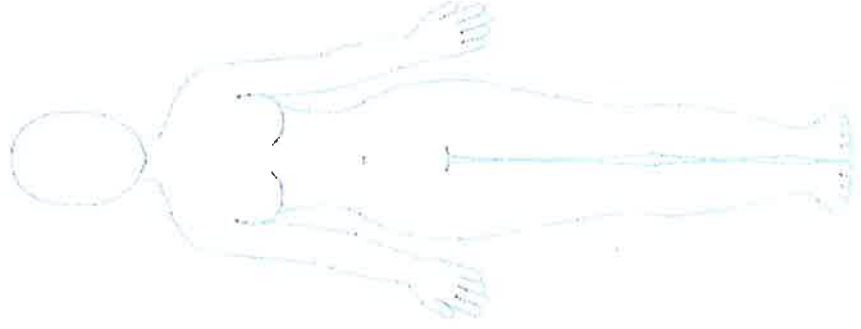
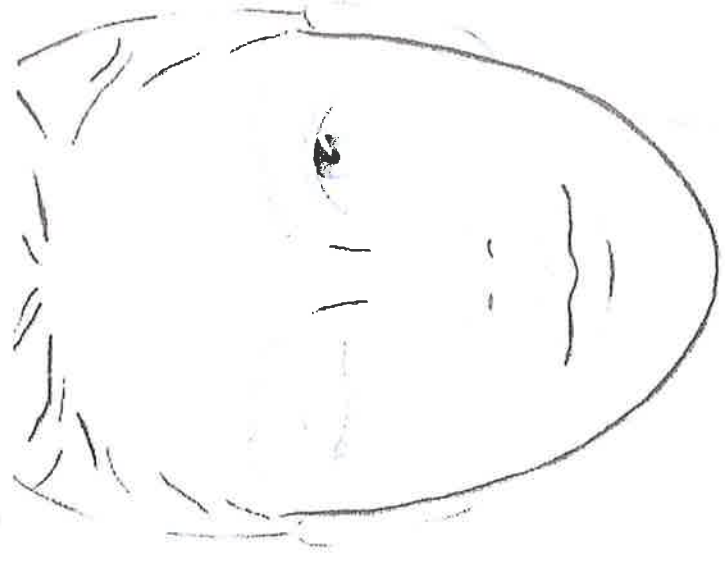
أقر أنني قد قرأت مضمون هذا لقرار و التقييم و التمت قرأته لي و أنا على علم بمحتواه و أن جميع استنتاجي و استفساراتي قد أجيبت بالكامل وبشكل مرضي.

لا ضمانات قد قدمت لي لنتائج هذا الإجراء الطبي.

و أتشيد أنني قد أعطيت المعلومات في هذا النموذج بشكل كامل و صحيح و أنني اتحمل مسؤولية التبليغ في حال اي طارئ أو تغيير في مدة المعلومات.

إسم المريض و التوقيع

التاريخ: / /



Filler Injection Log

Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

Botox Injection Log

Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1			
Session 2			
Session 3			
Session 4			
Session 5			

Doctor's Name and Signature

.....



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

945.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001636)

Date:07-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001147 - MOUNA ASSALI - 971554302253

The sum of Dhs. Nine Hundred Forty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 945.00 / 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 Ghada

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