

File No: 1001152

Date: 7/11/18

Date: 7/11/2018

File Number: 1001152

Patient Name: Balsam Moh Hani Bishara

إسم المريض

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 11/5/1983 Gender: M م (الحالة الاجتماعية): Married.

Married.

Nationality (الجنسية): Jordanian (الوظيفة): Dietician

Address (العنوان): Sharjah

Phone No. (رقم الهاتف): 0508822741

E-MAIL: balsam.bishara@gmail.com

How did you know about us: Working in the same clinic

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم افكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	No.	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبّطات المناعة؟	No.	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No.	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تلقيت من أي امراض؟	No.	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	No.	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	No.	
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	No.	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	No.	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تتعاطى من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	No.	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مفتح الحمل؟ هل تتناولين من مضاد الحمل في الدورة الشهرية؟	No.	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	No.	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	No.	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تتعاطى من امراض في الجهاز العصبي؟	No.	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تتعاطى من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	No.	
Other conditions هل تتعاطى من أي امراض اخرى؟ HIV... etc	No.	

### 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 وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و  
الموافق،  
أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الخاصة قد تكون ضرورية من أجل تنفيذ  
بإجراء الأنتل و الخدمة الأفضل.  
أفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً 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 الطبية.  
أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتفادي العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية  
المقومة أي كما أقدم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي  
المرضية.  
أفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للتقنيات و الإجراءات  
العلاجية و الجراحية.  
و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات  
كالالتهاب أو التورم أو النزف أو الألم أو الحساسية  
أفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع  
الرسوم المالية يجب ان تسدد بالكامل قبل انتهاء من العلاج.  
أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي التي قدمته لي تخصي للملف صحيحة و  
أفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإفصاح عليها دون  
مراقتي  
أقر أن لدي المعلومات الكافية لفهم هذا الأقرار و ان هذا التصريح قد تم قديحه لي بالكامل و  
أني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و أني وقعت عليه بكامل إرادتي

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

Balsaw

Date: 7/4/18

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

التاريخ: ... / ... / .....

استشارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs					
الوزن (Kg):	Kg	الارتفاع (cm):	cm	نوع الدم (Blood Type):	
النبض (ppm):	ppm	الضغط (Blood Pressure):	/	السكر (Blood Sugar):	

سبب زكوة المريض العيوية Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

الجراحات السابقة، Hospitalization  
عمليات سابقة، الخال المستشفى

التدخين (Smoking): Y / N

الكحول (Alcohol): Y / N

الأدوية (Drugs): Y / N

ملاحظات عامة و سريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

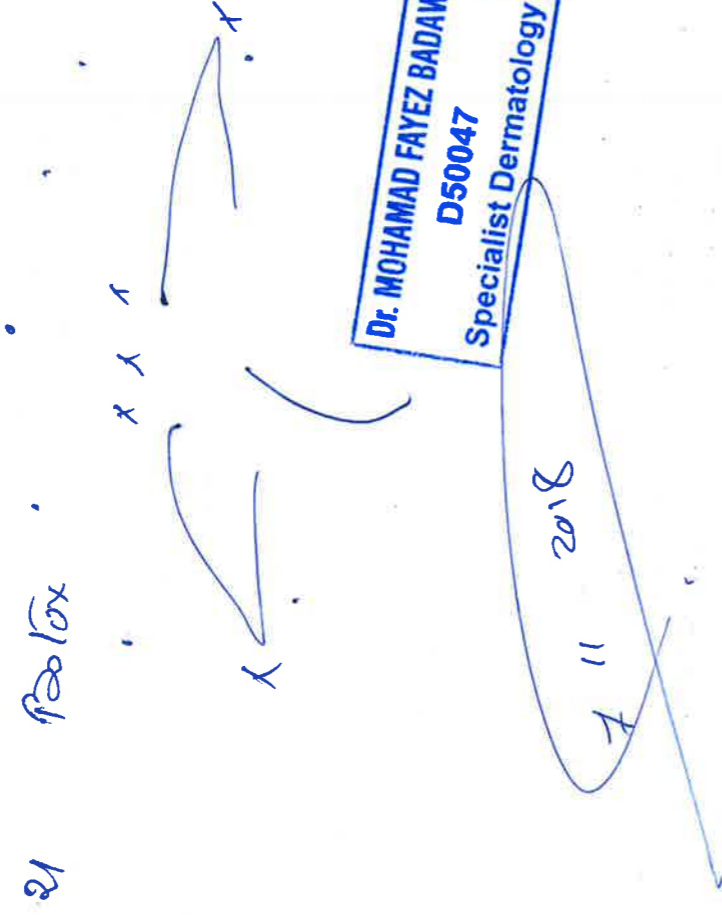
File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

1/ 1pmL lip filler

HYAcorp Face  
BioSCIENCE GmbH  
19073 Dummer, Germany  
LOT X16-2118/1  
2021-05



Doctor's Signature and Stamp

.....





يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية بشكل دقيق Kindly Answer the following Questions Precisely

Are you pregnant or breast feeding? <input checked="" type="radio"/> Yes / <input type="radio"/> No	هل أنت حامل أو تقيمين بالإرضاع حاليا؟ <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا
Do you have a history of allergy or anaphylaxis? <input type="radio"/> Yes / <input checked="" type="radio"/> No	هل لديك اي حساسية؟ نعم / لا
Are you currently receiving any Medical Treatment? <input type="radio"/> Yes / <input checked="" type="radio"/> No	هل تتلقى اي علاجات حاليا؟ نعم / لا
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....
Have you previously recieved any aesthetic treatment? <input type="radio"/> Yes / <input checked="" type="radio"/> No	هل قمت سابقا بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....
Have you ever done any treatment with botox or filler? <input type="radio"/> Yes / <input checked="" type="radio"/> No	هل قمت سابقا بأي علاج باستخدام البوتوكس او الفيلر؟ نعم / لا
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....
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 اعراض جانبية بعد العلاج؟.....
Have you ever suffered from any auto immune disease? <input type="radio"/> Yes / <input checked="" type="radio"/> No	هل عانيت من اي امراض مناعية؟ نعم / لا
Do you have any skin infections or inflammations? <input type="radio"/> Yes / <input checked="" type="radio"/> No	هل تعاني من اي التهابات او امراض جلدية؟ نعم / لا
Do you take any aspirin, steroids or anticoagulant? <input type="radio"/> Yes / <input checked="" type="radio"/> No	هل تتناول اي ستيرويدات او اسبرين او مسيلات الدم؟ نعم / لا
Do you have any allergy, specially to Hyaluronic acid, Amide Local Anesthesia or Lidocaine? <input type="radio"/> Yes / <input checked="" type="radio"/> No	هل تعاني من اي حساسية خصوصا تجاه حمض الهالورنيك او التخدير الموضعي او الليدوكين؟ نعم / لا
Do you suffer of Hypertrophic Scarring? <input type="radio"/> Yes / <input checked="" type="radio"/> No	هل تعاني من تضخم الندب؟ نعم / لا
Do you suffer any cardiac disorders? <input type="radio"/> Yes / <input checked="" type="radio"/> No	هل تعاني من اي مشاكل او امراض قلبية؟ نعم / لا
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....

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

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

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.

أفهم أن هذا الإجراء هو إجراء اختياري و أنني قد وقعت هذا القرار بإرادتي الكاملة لإجراء الحقن بالفيلر / البوتوكس لإعادة النضارة للوجه و تحسين مظهر الشفاه و تغيير مظهرها أو إعادة تضاريس الوجه. أو إخفاء التجاعيد في منطقة الجبهة و حول العين. الاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل و بعد المعالجة.

أقر أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل و أنني سوف أوجه جميع الاسئلة و أسئلتهم إلى الطبيب المعالج قبل و بعد المعالجة. أنا أفهم أني قد قرأت مضمون هذا القرار و التقييم (أو تمت قراءته لي و أنا على علم بمحتواه) و أن جميع أسئلتني و استفساراتني قد أُجيبَت بالكامل و بشكل مرضي، لا ضمانات قد قدمت لي لنتائج هذا الإجراء الطبي.

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

Patient Name and Signature

Bolsan  
Bolsan

إسم المريض و التوقيع

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

التاريخ: ... / ... / .....



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001655)

Date: 10-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001152 - BALSAM BISHARA - 971508822741

The sum of Dhs. One Thousand Two Hundred Sixty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,260.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 10-11-2018

Being

Made by Ghada

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