



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 3/11/2018

File Number: 1001183

Patient Name: Amal Ali

اسم المريض: 1001183

Date Of Birth: 3/7/1999 (تاريخ الميلاد): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality: Yemen (الجنسية): Occupation: (الوظيفة)

Phone No. (رقم الهاتف): 0509026334

Address (العنوان): Sharjah

How did you know about us: Instigra.ma

E-MAIL:

التاريخ الطبي Medical History	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Recent or current drugs/Medical Treatment	✓	Reocotene
هل تتعاطى أي سترويدات أو مضطبات للثغاة؟	Corticosteroids/Immunosuppressant	✗	
هل لديك أي حساسية؟	Allergies	✗	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟	Surgical Operations, Serious illness	✗	
جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	✗	
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مسيحات للدم؟	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	✗	
انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Anemia, Leukemia	✗	
أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	✗	
هل تتعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	✗	
هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	✗	
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	✗	
قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	✗	
هل تتعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Epilepsy, or any other neurological disease	✗	
هل تتعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Thyroid Diseases, Diabetes	✗	
هل تتعاطى من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc	Other conditions HSV, HIV... etc	✗	



### 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: 13/11/18

### نموذج اقرار طبي

- أوافق وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل،
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمورا 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 الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو نتائج للعلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للعمليات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالتهاب 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 قمته لدي قمتي للملف صحيحة و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم هذا الأقرار 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 (نمط 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 , ايدال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة والسيرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan خطة العلاج**

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME: Amed Ag

FILE NO#:

PAYMENT OF BALANCE  
 مركز أوركيذ الطبي  
 Dr. G. M. Mohamed  
 Specialist Plastic Surgeon  
 MOH License No.: 1270  
 Orchid Medical Center

DATE	TREATMENT	BALANCE	SIGNATURE
13/11/18	LHR FULL BODY PLUS WITHOUT BIKINI	0	
	Advance For Full body Plus PKG	0	
	LHR Full body plus	810	
	(Advance)	3120	
27/1/19	LHR FULL BODY PLUS		Neer
24/2/19	LHR FACE BODY PLUS		Neer
20/3/19	LHR FACE BODY +		Neer
18/19	LHR Full body + (Deka)		Neer
22/12/19	LHR face body + (Deka)		

Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
 Dermatology Specialist  
 MOH License No.: 1826  
 Orchid Medical Center

Dr. Noorhuda Al Tabbaa  
 Dermatology Specialist  
 MOH License No.: 1826  
 Orchid Medical Center

REDAD DATA

cAEAIOEBAA830DQxO

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	Amal,Ali,Derhem,,Ali	IDN:	784199210796209	Mother Name:	
Name (Ar)	امل,علي,درهم,,علي	Card Number:	086844798	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	YEM	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	اليمن		
Issue Date:	25/12/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	09
Expiry Date:	17/12/2020	Date of Birth:	03/07/1992	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120177610959	Residency Expiry:	17/12/2020
ID Type:	IL	Occupation:	2111	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

11/13/2018





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 checked="" type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	ما هي الوصف الغالب لفرغ بشرتك ؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار <input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار <input type="checkbox"/> شاذرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes /No Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No Have you Taken Akutan or Isotretinone in the last 6 months? Yes/ No Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم / لا هل ظهر لديك حلا السيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا هل تناولت عقار الكويتان/ الايسوتريتينون خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No Do/ Did you use any tanning products? Yes / No Do you Have any tattoos on site? Yes /No Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No What products you are using for your skin recently? Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت بنق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا هل كانت اخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ ..... هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا هل لديك أي وشم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا ماهي المنتجات التي تستخدمها بشرتك حاليا؟ ..... هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

I, Amaal Ali 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

18 / 11 / 18

أقر أنا .....  
مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.  
وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلة الشعر لتعمل قدرتها على إتمام الشعر. وأفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و اني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تلقيت التعليمات التالية:  
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.  
- يجب تقادي 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 الكلي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسيات و نوع البشرة  
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الكويتان خلال الست اشهر الماضية أو اي 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 أحمرار البشرة بما يشبه الحروق, و من الممكن حدوث بعض التورم و التشنجات, 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.

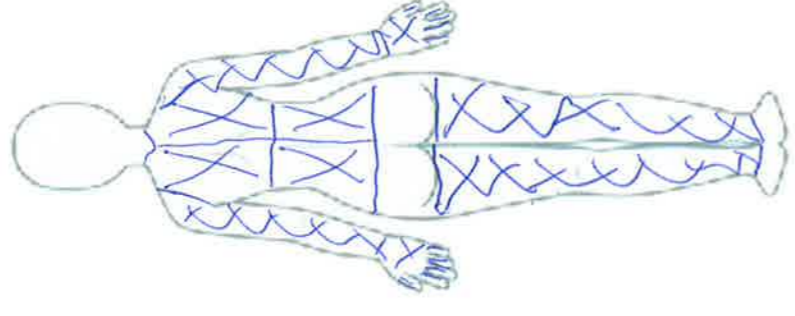
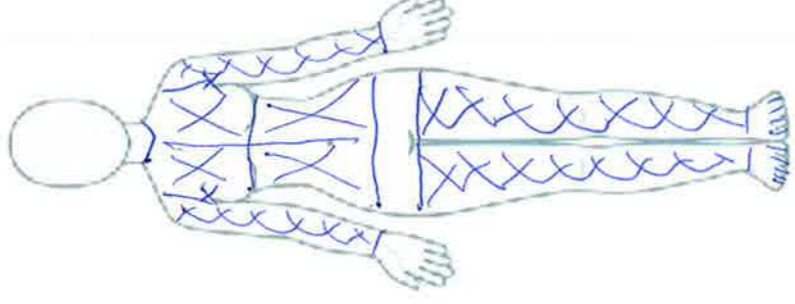
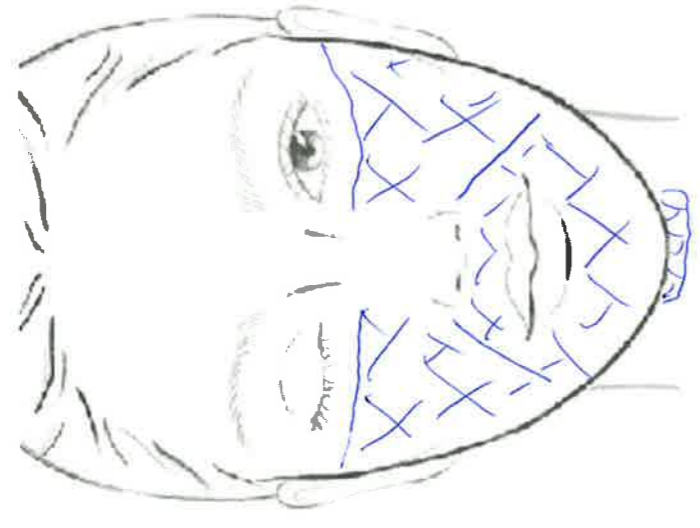
أقر أنه قد أتحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و اني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي, و اني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ

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

Patient's Name: **AMAL ALI** .....  
 File Number: **100183** .....  
 Pain Relief given? Yes / No .....  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No .....  
 Pretreatment photography taken? Yes / No .....



\* NO BIKINI  
 SKIN TYPE IV

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	13/11/18	23/12/18	27/1/19	29/2/19	20/3/19	18/1/19
Treatment Area	Full BODY +	Full body	Full body +	Full body	Full body	Full body +
Hair Type	MEDIUM	Medium	Medium	Soft fine	Soft 10 max.	Soft 10 max.
Mode	NOYAG	ND YAG	FLX / NDYAG	ND YAG	6J/13ms	7/11 Alev
Fluence	FACE: 10J / 15ms	BAME	65/13	18J/10ms	Bikai 16/13	upper body
Pulse Type	SPOT: 10	SPOT 20	SPOT: 20	8 spot 20	8 spot 20	ND YAG 14/17
CNT Pulse	SPOT: 20	SPOT 20	SPOT: 20	8 spot 20	8 spot 20	lower body
Passes	1	1	1	1	1	1
Starting Time	3:15 PM	4:50 PM	3:10 PM	5 PM	3 PM	Spot 20
Finish Time	4:15 PM	6 PM	4:35 PM	6:15 PM	4:20 PM	3 PM
Post Treatment	MESO					4:30 PM

Therapist Name and Signature **BLESSE** .....

*Amal*





مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,155.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001695)

Date:13-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001183 - AMAL ALI - 971509026334

The sum of Dhs. One Thousand One Hundred Fifty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,155.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 13-11-2018

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

No: REC-001696

RECEIPT VOUCHER


AED 345.00

Date: 13-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001183 - AMAL ALI - 971509026334

The sum of Dhs. **Three Hundred Fourty Five Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **345.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Paying **ADVANCE FOR FULL BODY PLUS LHR / OFFER 1100 AED / DEKA**Made by Ghada **Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae****www.omc1.ae**



precisely Kindly Answer the following questions

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جديرة ؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا البسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotretinone in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquinone on Site?Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك 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 بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? .....	متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently? .....	ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حاليا؟ .....
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

I ..... hereby consent that 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.

أنا ..... بقدمي الى تر أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز زر الليزر.

تفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتمصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر.

تفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص لاج. و إنني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتف و التفتف و الكريمات و ازالة شعر بالشمع و الكي و إنني اخترت ازالة الشعر بالليزر.

بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- جب تقادي ازالة الشعر بالشمع أو التفتف قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- لوشوم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- جب اعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و المساسية و نوع البشرة
- لأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من تعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر.
- أفهم أنه برغم التغيير الذي قد أعطه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات وصول على النتيجة المطلوبة.
- براض الجانبية
- تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و نتقنات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. نقص زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدمم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة ممس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
- أنه قد أتيت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الاسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و ت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و إنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

Name and Signature

Date

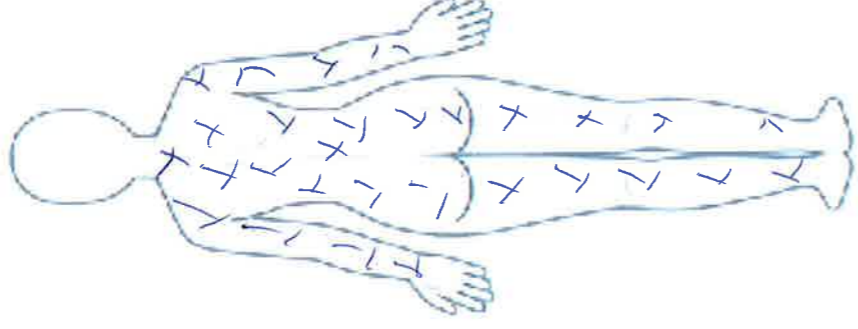
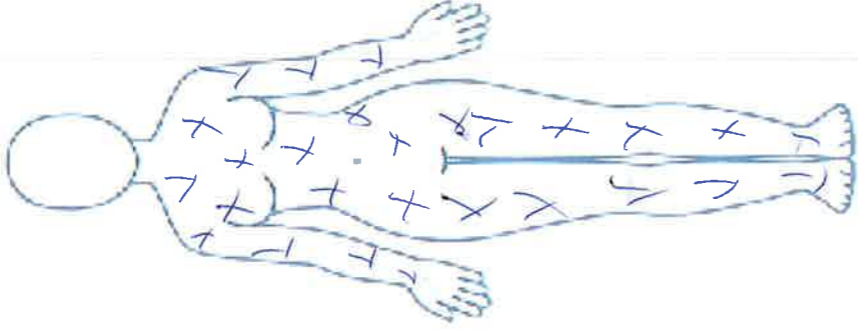
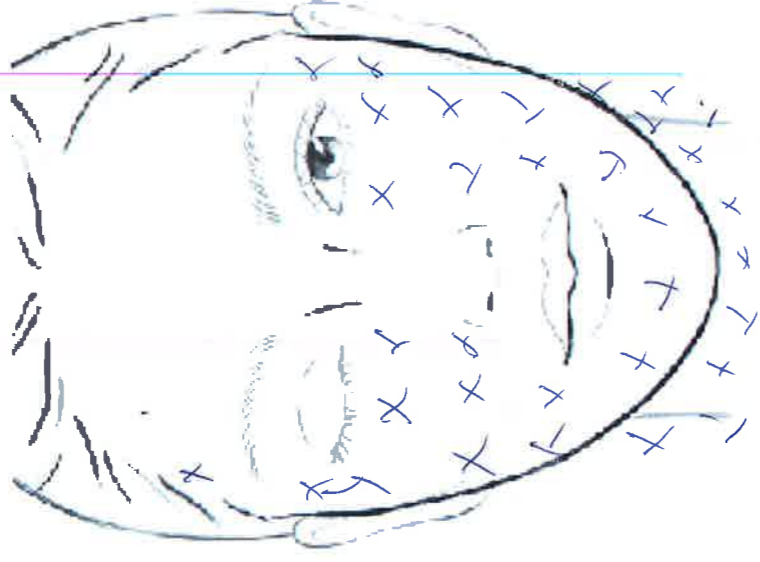
... / ... / .....

سم و التوقيع

تاريخ

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

Patient's Name: Amaal Alai ..... اسم المريض .....  
 File Number: .....  
 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	2/11/19	22/12/19				
Treatment Area	Full body + face	body +				
Hair Type	Dark	Dark				
Mode	ND YAG 20	Soft / This				
Fluence	15/18 ms	NDYAG				
Pulse Type	13/18 ms	16/13-15ms				
CNT Pulse	1	Bikini - 14/15ms				
Passes	5:30pm	6:45pm				
Starting Time						
Finish Time						
Post Treatment						

Therapist Name and Signature .....  
*[Signature]*





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,155.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002034)

Date:23-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001183 - AMAL ALI - 971509026334

The sum of Dhs. One Thousand One Hundred Fifty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 810.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 345.00

Bank: Cheque No.

Date: 23-12-2018

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

No: REC-002035

RECEIPT VOUCHER

Date: 23-12-2018

AED 2,310.00

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001183 - AMAL ALI - 971509026334

The sum of Dhs. Two Thousand Three Hundred Ten Only

By Cash 2,190.00 / By Credit Card 120.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

P g ADVANCE FOR 2 SESSIONS FULL BODY PLUS LHR - DEKA - OFFER 1100 - NON REFUNDABLE

Made by Ghada

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

[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,155.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002432)

Date:27-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001183 - AMAL ALI - 971509026334

The sum of Dhs. One Thousand One Hundred Fifty-Five 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 1,155.00

Bank: Cheque No.

Date: 27-01-2019

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

1,155.00

**RECEIPT VOUCHER (No.REC-002759)**

Date:25-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001183 - AMAL ALI - 971509026334

The sum of Dhs. **One Thousand One Hundred Fifty-Five 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 **1,155.00**

Bank:                      Cheque No.

Date: **25-02-2019**

Being

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 أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,207.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003028)

Date:20-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001183 - AMAL ALI - 971509026334

The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Seven Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,207.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 20-03-2019

Being **FULL BODY PLUS DEKA + 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 : 1001183 - AMAL ALI - 971509026334

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

AED 997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004598)

Date:01-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001183 - AMAL ALI - 971509026334

The sum of Dhs. **Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **997.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **01-08-2019**

Being **FULL BODY PLUS + 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 : 1001183 - AMAL ALI - 971509026334

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 1,102.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006662)

Date:22-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001183 - AMAL ALI - 971509026334

The sum of Dhs. **One Thousand One Hundred Two Dirhams and Fifty Filis Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,102.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 22-12-2019

Being **FULL BODY PLUS + 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 : 1001183 - AMAL ALI - 971509026334

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



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,102.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005827)

Date: 04-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001183 - AMAL ALI - 971509026334

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

By Cash 1,102.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-11-2019

Being 1 session fullbody plus + vat

Made by Reem

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 : 1001183 - AMAL ALI - 971509026334

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