



Date: 11 / 11 / 2018 File Number: 001209
Patient Name: Linda Sina
Date Of Birth: 2 / 8 / 1993 Gender: M / F Marital Status: Single
Nationality: Jordan Occupation: Friend
Address: Sharjah
E-MAIL: linda.sina@hotmail.com Phone No. (رقم الهاتف): 050-388-3203
How did you know about us: Friend

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 تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	NO	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	/	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	/	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	/	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	/	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	/	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	/	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	/	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	/	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مفتح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	/	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	/	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	/	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	/	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	/	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ 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: ... / ... /

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 تزيدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف 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 أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقامة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم 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 فتحي للشف شفوية و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى 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 دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

Lindeh Simen

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نمى الدم):
Pulse (النمى):	ppm	Blood Pressure (نمى الدم):	/	Blood Sugar (نمى السكر):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History: التاريخ المرضي:	
Allergies: الحساسىة	
Medications: الأدوية	
Pregnancy: الحمل	
Previous Surgeries, Hospitalization: عمليات سابقة ، ائال المستشفى	
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (الكول): Y / N
	Drugs (العاقىن): Y / N

الملاحظات العامة و السربرىة General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعىة Radiography

التشخيص Diagnosis

خطة العلاج Treatment Plan

14-11-18

Botox gumy smile
Brow elevation

+ v. facer for sister

Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI
D50047
Specialist Dermatology

28 1 11 12 18 Re touch in
forehead

Doctor's Signature and Stamp

Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI
D50047
Specialist Dermatology

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO*

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Linda, Mohammad, Hatem, Sinan	IDN:	784199330968175	Mother Name:	
Name (Ar)	ليندا محمد حاتم سنان	Card Number:	091415062	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	23/10/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	20/10/2020	Date of Birth:	02/08/1993	Sponsor Name:	مؤسسة بوخطار لاداره وتطوير التعليم الدولي
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	30120182113446	Residency Expiry:	20/10/2020
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

Linda Sinan

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

11/19/2018



Kindly Answer the following Questions Precisely

Are you pregnant or breast feeding? Yes / No	هل أنت حامل أو توفين بالإرضاع حاليا؟ نعم <input type="radio"/> لا <input checked="" type="radio"/>
Do you have a history of allergy or anaphylaxis? Yes / No	هل لديك اي حساسية؟ نعم <input type="radio"/> لا <input checked="" type="radio"/>
Are you currently receiving any Medical Treatment? Yes / No	هل تتلقى اي علاجات حاليا؟ نعم <input type="radio"/> لا <input checked="" type="radio"/>
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....
Have you previously received any aesthetic treatment? Yes / No	هل قمت سابقا بأي إجراء تجميلي؟ نعم <input type="radio"/> لا <input checked="" type="radio"/>
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....
Have you ever done any treatment with botox or filler? Yes / No	هل قمت سابقا بأي علاج باستخدام البوتوكس او الفيلر؟ نعم <input type="radio"/> لا <input checked="" type="radio"/>
If yes, provide more details.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....
What Areas are treated and when?.....	ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟.....
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? Yes / No	هل عانيت من اي امراض مناعية؟ نعم <input type="radio"/> لا <input checked="" type="radio"/>
Do you have any skin infections or inflammations? Yes / No	هل تعاني من اي التهابات او امراض جلدية؟ نعم <input type="radio"/> لا <input checked="" type="radio"/>
Do you take any aspirin, steroids or anticoagulant? Yes / No	هل تتناول اي ستيرويدات او اسبيرين او مميعات للدم؟ نعم <input type="radio"/> لا <input checked="" 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 الليدوكين؟ نعم <input type="radio"/> لا <input checked="" type="radio"/>
Do you suffer of Hypertrophic Scarring? Yes / No	هل تعاني من تضخم الندب؟ نعم <input type="radio"/> لا <input checked="" type="radio"/>
Do you suffer any cardiac disorders? Yes / No	هل تعاني من اي مشاكل او امراض قلبية؟ نعم <input type="radio"/> لا <input checked="" type="radio"/>
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....

I hereby consent that I have come 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.

أقر أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل و أنني سوف أوجه جميع الأسئلة و الاستفسارات الى الطبيب المعالج قبل وبعد المعالجة.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الاقرار و التقييم (أو تمت قراءته لي و أنا على علم بحتها) و ان جميع اسئلتني و استفساراتي قد اجبت بالكامل و بشكل مرضي، مظهرها او إعادة تصاميم الوجه. أو إخفاء التجاعيد في منطقة الجبهة و حول العين.

أقر أنني على علم بكامل الاخطار و المضاعفات التي قد تنتج عن هذا العلاج و اتفهم ان لا ضمانات قد قدمت لي لتنتج هذا الاجراء الطبي.

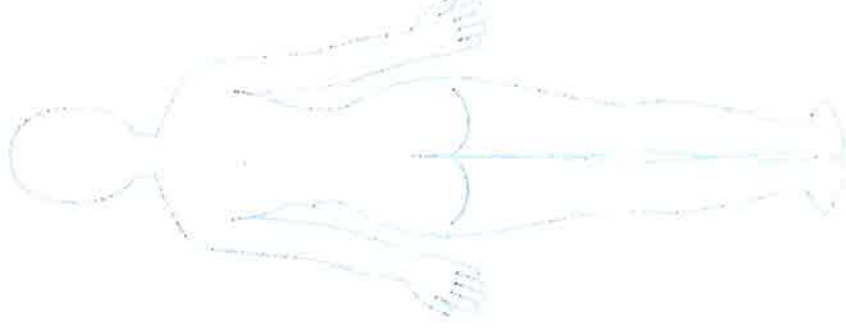
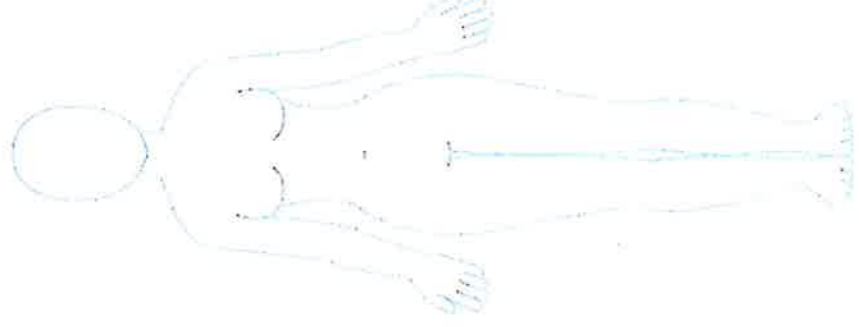
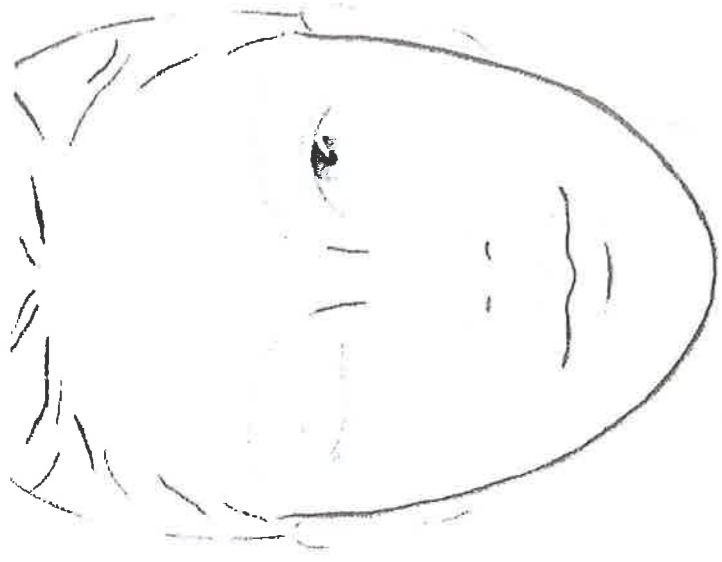
و أتأكد أنني قد أعطيت المعلومات في هذا النموذج بشكل كامل و صحيح و أنني اتحمل مسؤولية التبليغ في حال اي طارئ او تغيير في هذه المعلومات.

Patient Name and Signature

إسم المريض و التوقيع
.....
Firdous Siman

Date: / /

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 أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

945.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001739)

Date:19-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001209 - LINDA SINAN - 971566833946

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 945.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 19-11-2018

Being

Made by Ghada

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