



Date: 21 / 11 / 2018

File Number: 1000218

Patient Name: Amena urfi

إسم المريض:

Date Of Birth: 8 / 5 / 1992 Gender: M / (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: Pakistan (الجنسية):

Phone No. 051 519598 (رقم الهاتف):

Address: Sheikhat (العنوان):

How did you know about us: Google

E-MAIL:

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 تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى 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 تتعاطى أي مميّعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) لويميا (فقر الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو الأمراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي 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 الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions HSV, HIV...etc	لا	هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط 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 إقرار 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 العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام 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 قدمت لي فحسي المالف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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 (دم):	
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 , احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

213M \ 18

① pul lip filler
Aftercare reviewed



HVA Corp Face
BIOSCIENCE GmbH
19079 Bülmer, Germany

LOT X16-2118/1
2021-05

CE2409

BS_HVAcorp_Face_SE_004

Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI
D50047
Specialist Dermatologist

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAIOEBAA830DQXO

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	Ameena, Imtiaz, Muhammad, Ursi	IDN:	784199265490609	Mother Name:	
Name (Ar)	امینہ امتیاز محمد، اورسی	Card Number:	086303806	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PAK	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	پاکستان		
Issue Date:	14/11/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	02
Expiry Date:	11/11/2020	Date of Birth:	08/05/1992	Sponsor Name:	عبدالرزاق محمد احمد محمود آل علی
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	390929
Residency Type:	03	Residency Number:	30120113035256	Residency Expiry:	11/11/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

11/21/2018



يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية بشكل دقيق

هل أنت حامل أو تقيمين بالإرضاع حالياً؟ نعم / لا	لا
هل لديك اي حساسية؟ نعم / لا	لا
هل تتلقى اي علاجات حالياً؟ نعم / لا	لا
إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....	
هل قمت سابقا بأي إجراء تجميلتي؟ نعم / لا	لا
إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....	
هل قمت سابقا بأي علاج باستخدام البوتوكس او الفيلر؟ نعم / لا	نعم
إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....	
ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟	الحناءة
هل عانيت من اي اعراض جانبية بعد العلاج؟	لا
هل عانيت من اي امراض مناعية؟ نعم / لا	لا
هل تعاني من اي التهابات او امراض جلدية؟ نعم / لا	لا
هل تتناول اي ستيرويدات او اسبرين او مبيعات الدم؟ نعم / لا	لا
هل تعاني من اي حساسية خصوصا تجاه حمض الهالورنيك او التخدير الموضعي او Local Anesthesia or Lidocaine? Yes / No	لا
هل تعاني من تضخم الندب؟ نعم / لا	لا
هل تعاني من اي مشاكل او امراض قلبية؟ نعم / لا	لا
إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....	

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: ... / ... /

التاريخ: ... / ... /

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

أتفهم أن هذا الإجراء هو إجراء اختياري، وأنني قد وقعت هذا الاقرار بولائتي الكاملة لإجراء الحقن بالفيلر / البوتوكس لإعادة التضايرة الوجه وتحسين مظهر الشفاه وتغيير مظهرها أو إعادة تضاريس الوجه. أو إخفاء التجاعيد في منطقة الجبهة وحول العين.

أقر أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل وأنني سوف أوجه جميع الأسئلة والاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل وبعد المعالجة.

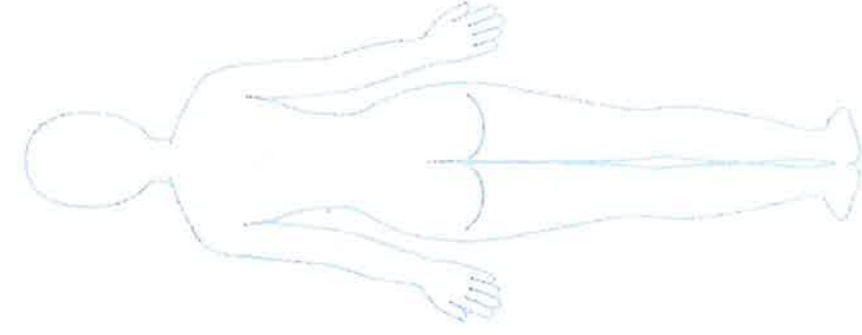
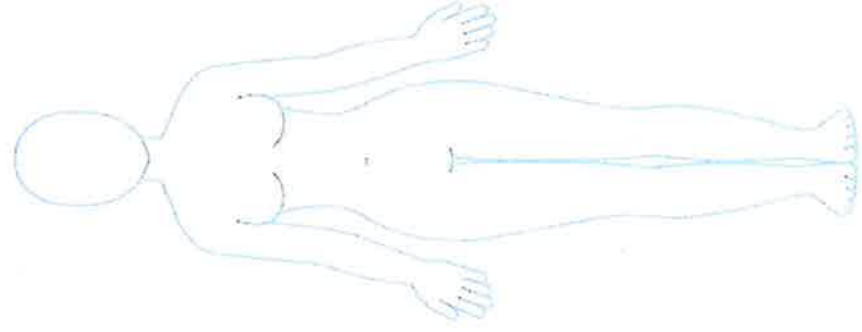
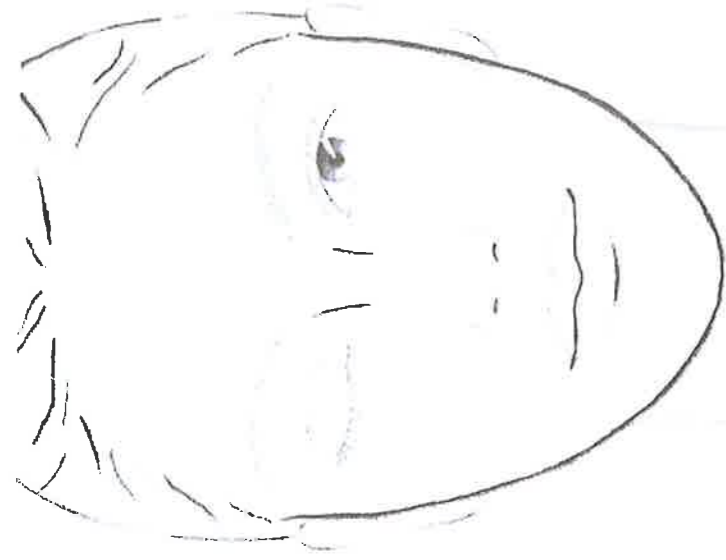
أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الاقرار والتفهم (أو تمت قرأته لي) وأنا على علم بمحتواه) وأن جميع استسنتي واستفساراتي قد أجيبت بالكامل وبشكل مرضي،

أقر أنني على علم بكامل الاخطار والمضاعفات التي قد تنتج عن هذا العلاج واتفهم أن لا ضمانات قد قدمت لي لتتأخر هذا الاجراء الطبي.

و أشهد أنني قد أعطيت المعلومات في هذا النموذج بشكل كامل وصحيح وأنني أتقبل مسؤولية التبليغ في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

إسم المريض و التوقيع

.....
.....
.....



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-001763)

Date:21-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001218 - AMEENA URSI - 971545459598**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: **21-11-2018**

Being

Made by **Ghada**

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