



Date: 24/11/2018

File Number: 1001231

Patient Name: Dakadarefa Mox.hog

إسم المريض

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 22/5/1983

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): M / (F)

Nationality (الجنسية): س.ع.ع

Phone No. (رقم الهاتف): 050 292 7788

Address (العنوان): Shamsiyah

How did you know about us: Instigram

E-MAIL:

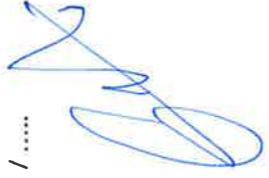
التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تلقي أي علاجات حديثة؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	خمسة	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مفتح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
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 فيروس الحلا البسيط	"	

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 أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو الجراحية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الاجراءات 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 قدمته لدي تخفي الملف الصحية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا 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 ، أحوال المستشفى	
Smoking (التدخين) : Y / N	Alcohol (تعاطي الكحول) : Y / N
	Drugs (تعاطي العقاقير) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

UNITED ARAB EMIRATES
Vehicle License



الإمارات العربية المتحدة
رخصة مركبة

Traffic Plate No.	93223	رقم اللوحة	93223
Place of Issue	P	جهة الترخيص	البحرين
T. C. No.	10999269	صنف اللوحة	خصوصي
Owner	Dokadarefa Morheg Mohammed Isnael	المالك	شوكاريف محمد اسعاجيل
Nationality	Emirates	الجنسية	الإمارات
Exp. Date		تاريخ الترخيص	30/08/2017
Ins. Exp.		مؤمنة لدى	xxxxxx
Policy No.		شروع التأمين	xxxxxx
Mortgage By		جهة الرهن	
		ملاحظة	



precisely Kindly Answer the following questions يرجى الاجابة 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 type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	ما هو الوصف الجسدي لفرع بشرتك ؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار <input checked="" type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار <input type="checkbox"/> شاردة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدر؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/> لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No No	هل ظهر لديك حلا بسيطاً أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا <input type="checkbox"/> لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No No	هل تناولت عقار الاكيتان/ الايسوتريتينين خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا <input type="checkbox"/> لا
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroquinon on Site?Yes / No No	هل استخدمت ريتين اى أو منتجات حمض الهالوكريك أو الهالوكريونين في منطقة العلاج؟ نعم / لا <input type="checkbox"/> لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No No	هل قمت بتفويت أو كسي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/> لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل كانت اخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بطلاء بشعة؟ هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/> لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك اي وشموم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/> لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/> لا
What products you are using for your skin recently?	ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشرك حاليًا؟ ... <input checked="" type="checkbox"/> صابون
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل اجريت اي عملية ازالة شعر سابقا؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/> لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/> لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/> لا

I 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

أقر أنا الشارقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز مركز اوركيد الطبي/ الشارقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المشفر. واتفهم ان اشعة الليزر تنتج طبقا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر تعمل قدرتها على اثناء الشعر. واتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج، و اني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك والتفك والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكسي و اني اخترت ازالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي ازالة الشعر بالشمع أو التفك قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشموم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات والحساسية ونوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكيتان خلال الست اشهر الماضية أو اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر.
- أتفهم انه برغم التغيير الذي قد يحدث من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.
- الأعراض الجانبية

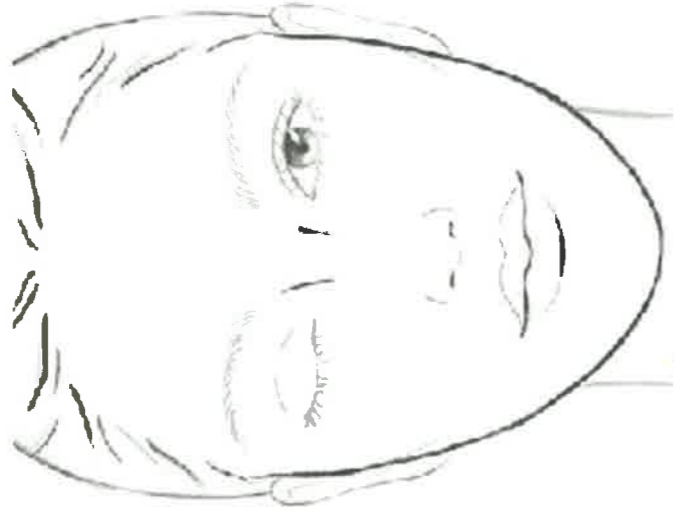
قد تتضمن الاعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق، ومن الممكن حدوث بعض التورم والتشققات، و هذه الاعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج، نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها، وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتيت لمي الفرصة للاستشارة وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و اني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لمي، و اني تجاوزت الثامنة عشر من عمري او حصلت على موافقة لمي امري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الإسم و التوقيع

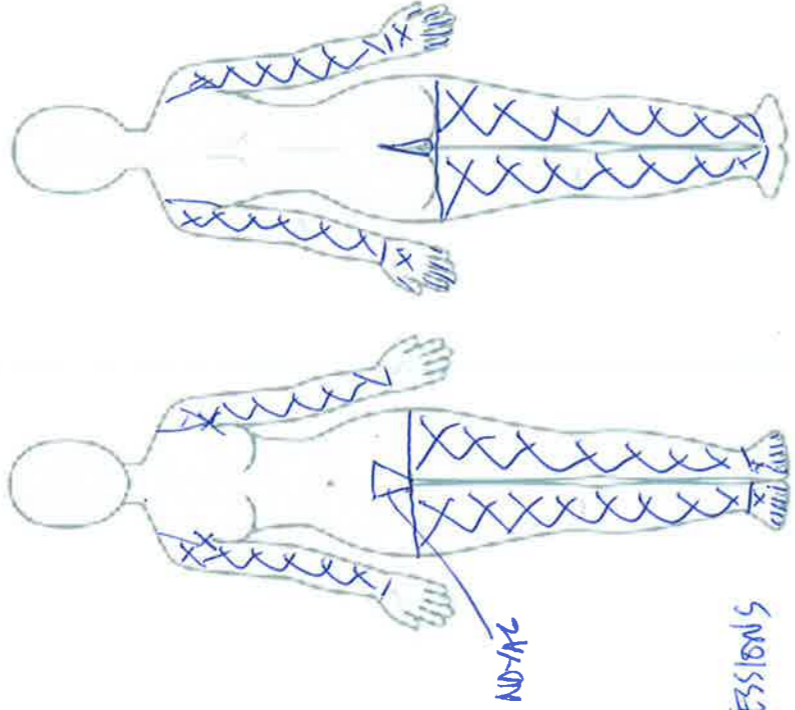
التاريخ

Patient's Name: :اسم المريض
 File Number: رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



10/3/19

* FACE NOT DONE FOR 2 SESSIONS (WILL DO NEXT TIME)



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	24/11/18	10/3/19	18/06/19			
Treatment Area	FULL BODY	FULL BODY	Same			
Hair Type	MEDIUM	MEDIUM-THIN	SOFT			
Mode	MPX - ND:YAG	MPX - ND:YAG	ALEX			
Fluence	75 J/cm ² - 15-20	75 J/cm ² - 10-12	85 J/cm ² - 5-11			
Pulse Type	YAG - 14.5 J/cm ² - 20	ND:YAG - 13.5 J/cm ² - 15	ND:YAG			
CNT Pulse			80/14ms			
Passes	1	1				
Starting Time	5:45 PM	5:45 PM	3 PM			
Finish Time	6:50 PM	6:55 PM	4 PM			
Post Treatment						

Therapist Name and Signature *RESSIE*



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

829.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001785)

Date:24-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001231 - DOKADAREHA MORHEG - 971502927788

The sum of Dhs. Eight Hundred Twenty-Nine Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 829.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-11-2018

Being

Faten

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

AED 300.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-001786

Date: 24-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001231 - DOKADAREHA MORHEG - 971502927788**The sum of Dhs. **Three Hundred Only**By Cash **300.00** / By Credit Card **0.00** (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 PACKAGE 790 AED (DEKA)**

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

945.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002929)

Date:10-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001231 - DOKADAREHA MORHEG - 971502927788**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:

Date: **10-03-2019**Being **FULL BODY DEKA + VAT**Made by **Hiba**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 945.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004093)

Date: 18-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001231 - DOKADAREHA MORHEG - 971502927788

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: 18-06-2019

Being **FULL BODY + VAT**Made by **Hiba**

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 : 1001231 - DOKADAREHA MORHEG - 971502927788

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-004094

Date: 18-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001231 - DOKADAREHA MORHEG - 971502927788

The sum of Dhs. **Two Hundred Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **200.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

E.g ADVANCE FOR 3 SESSION CARBON + 2 SESSION WHITENING

Made by Hiba

- 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

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