



Date: ٢٥ / ١١ / ٢٠١٨  
Patient Name: O.m.a.x. Al.n.a.r.bi  
Date Of Birth: ٩ / ١٠ / ١٩٨٣ Gender: (M) / F  
Nationality: ... Occupation: .....  
Address: ملحج ش.ج.ع.  
E-MAIL: .....  
File Number: 100/243  
اسم المريض: .....  
Marital Status: (الحالة الاجتماعية): .....  
Phone No. (رقم الهاتف): ٥٥٥٦٤٧٥٥٣٦  
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 حثيثاً؟	نعم	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	نعم	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟	نعم	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مسيجات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، المل، امراض اخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي منتج للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions HSV, HIV...etc	لا	

### 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 و أسمح للطبيب بعلاج حالتني المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل،
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي بالعلاج الأفضل 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 الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتني المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتهاب أو القوم أو التوريف 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 فتحى الملف صحيحة و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتني الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإطلاع 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

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

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

توقيع المريض / ولي الأمر (من 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 ، اإخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعايط العاقين): Y / N

الملاحظات العامة والسبرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

خطة العلاج Treatment Plan

25/11/2018  
Cassidator  
R.I.H of face

٥ | Perlemin 0,05  
٦ | H. Qum  
X3W

for T-CA



01/12/18  
18% TCA peel done  
hi Tx good

Doctor's Signature and Stamp



REDAD DATA  
cAEAlOEBA830DQxO

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	Omar, Mohammed, Ali, Allay, Alnaqbi	IDN:	784198370318200	Mother Name:	Khadeega
Name (Ar)	عمر محمد علي النقبى	Card Number:	081188508	Mother Name (Ar):	خديجة
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	610000523
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	12/12/2016	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	12/12/2026	Date of Birth:	09/01/1983	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	3113	Occupation Field:	24



Photo

Signature Image

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

11/25/2018





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

Are you pregnant or breast feeding? Yes / No	هل أنت حامل أو توفين بالإرضاع حاليا؟ نعم / لا <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا
Do you have a history of allergy or anaphylaxis? Yes / No	هل لديك اي حساسية؟ نعم / لا <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا
Are you currently receiving any Medical Treatment? Yes / No	هل تتلقى اي علاجات حاليا؟ نعم / لا <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا
If Yes, provide more details.....	اذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل.....
Have you previously recieved any aesthetic treatment? Yes / No	هل قمت سابقا بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا
If Yes, provide more details.....	اذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل.....
Have you ever done any treatment with botox or filler? Yes / No	هل قمت سابقا بأي علاج باستخدام البوتوكس او الفيلر؟ نعم / لا <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا
If yes, provide more details .....	اذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل.....
What Areas are treated and when?.....	ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟..... <u>الخصن</u>
Did you suffer any side effects after treatment?.....	هل عانيت من اي اعراض جانبية بعد العلاج؟..... <u>لا</u>
Have you ever suffered from any auto immune disease? Yes / No	هل عانيت من اي امراض مناعية؟ نعم / لا <input type="radio"/> نعم / <input checked="" type="radio"/> لا
Do you have any skin infections or inflammations? Yes / No	هل تعاني من اي التهابات او امراض جلدية؟ نعم / لا <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا
Do you take any aspirin, steroids or anticoagulant? Yes / No	هل تتناول اي ستيرويدات او اسبرين او مبيحات الدم؟ نعم / لا <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا
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 / لا <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا
Do you suffer of Hypertrophic Scarring? Yes / No	هل تعاني من تضخم الندب؟ نعم / لا <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا
Do you suffer any cardiac disorders? Yes / No	هل تعاني من اي مشاكل او امراض قلبية؟ نعم / لا <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا
If Yes, provide more details.....	اذا كانت الاجابة نعم اذكر 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 الاسئلة و الاستفسارات الى الطبيب المعالج قبل و بعد المعالجة.  
أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الاقرار و التقييم (أو تمت قرأتها لي و أنا على علم بحتواها) و ان جميع اسئلتني و استفساراتي قد أجيبت بالكامل و بشكل مرضي،  
أقر أنني على علم بكامل الاخطار و المضاعفات التي قد تنتج عن هذا العلاج و اتفهم ان لا ضمانات قد قدمت لي لتنتج 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 او تغيير في هذه المعلومات.

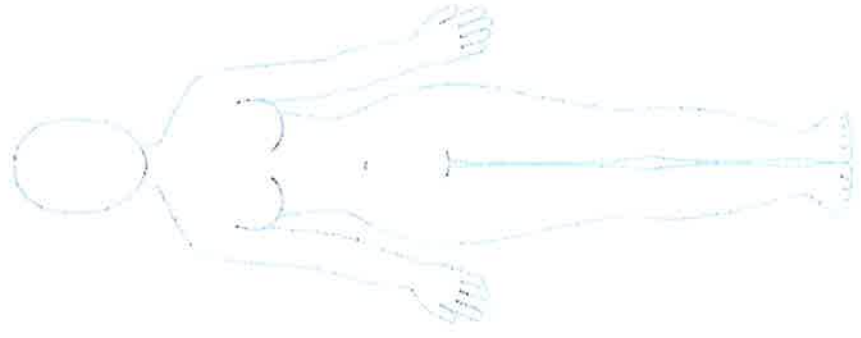
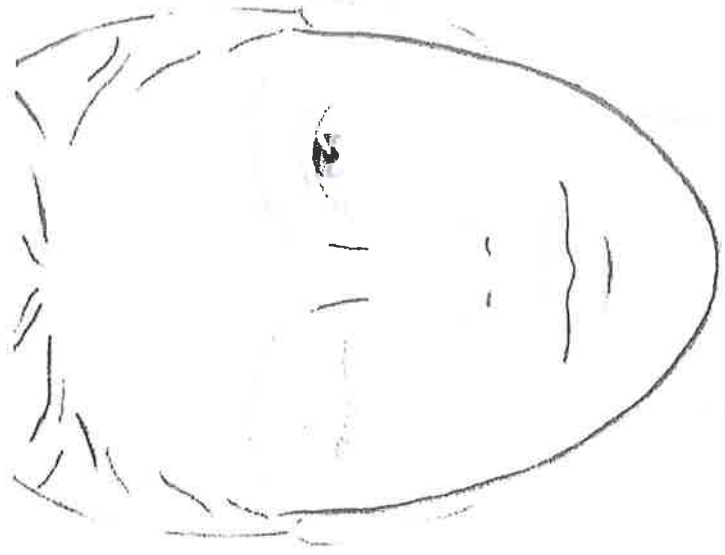
Patient Name and Signature

اسم المريض و التوقيع

عبدالله بن علي النقي

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 أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001805)

Date:25-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001243 - OMAR AL NAQBI - 971506475537

The sum of Dhs. **Two Hundred Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **200.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 25-11-2018

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 أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

525.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001935)

Date: 09-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001243 - OMAR AL NAQBI - 971506475537

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 525.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 09-12-2018

Being

Made by Ghada

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