



Date: 28/11/2021 / تاريخ: 28/11/2021  
Patient Name: Amawi Attia / اسم المريض: .....  
Date Of Birth: 24/12/1976 (تاريخ الميلاد) : M / F / الحالة الاجتماعية: .....  
Nationality: Jordan / (الوطنية) : Occupation: kenne  
Address: Ashraf Yehya / رقم الهاتف: 0505999133  
E-MAIL: ..... 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 الإجابة نعم انكر بالتفصيل |
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟  | لا              |  |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟   | لا              |  |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟   | لا              |  |
| Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟   | لا              |  |
| 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 مميعات للدم؟  | لا              |  |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)  | لا              |  |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى   | لا              |  |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى او امراض بولية او تناسلية؟  | لا              |  |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي ممانع للحمل؟ هل تعانين 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 تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟  | لا              |  |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو امراض الغدة الدرقية؟  | لا              |  |
| Other conditions HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا السيط...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.

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

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

### 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 تزيدي بالعلاج الأشد والخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والعلاجات اللازمة والمطلوبة بحكم خبرته المهنية والطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو نتائج للعلاجات والإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار والمضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية والجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية والعلاجية والجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية وأن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية والتاريخ الطبي الذي قدمته لدي قنصتي الملف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم هذا الاقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت وفهمت 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 (نوعية الدم): |  |
| Pulse (نبض):    | 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 , ابحال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

- Azelastin eye drops

Zinc / Selenium OD

Plus  
Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI  
D50047  
Specialist Dermatology  
m. Crommedly for Puren

Doctor's Signature and Stamp

.....

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة 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 , عدمية 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 جرحه؟ 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 Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No    | هل تناولت عقار الكيوتان/ الايسوتريتينين خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا                   |
| Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinon on Site? Yes/ No   | 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  | هل قمت بتف أو كسي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا |
| Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No              | هل كنت 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 وشم / 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 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 ..... بالموافقة على إجراء إزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيذ الطبي باستخدام جهاز الليزر المعتمد.

أفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصبغ الموجودة في بصيلة الشعر لتعمل قدرتها على إنهاء الشعر.

أفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع الشعر والتزام المريض بتعليمات العلاج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأظفار للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق والتف والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكسي وإنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تفقت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفتق قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات والمساحيق ونوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الكيوتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من

التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أفهم أنه برغم التغيير الذي قد يطرأ من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. 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 أتيحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و إنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي. و إنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلغي السن القانوني.

الإسم و التوقيع

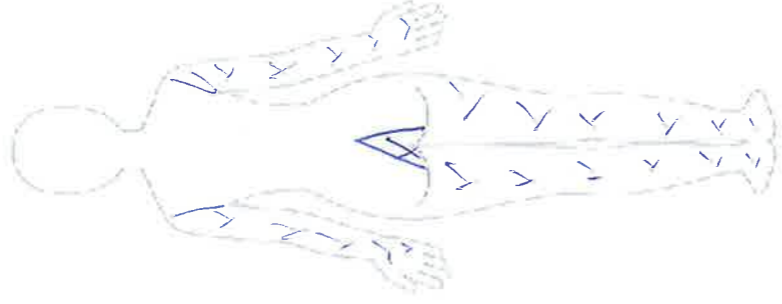
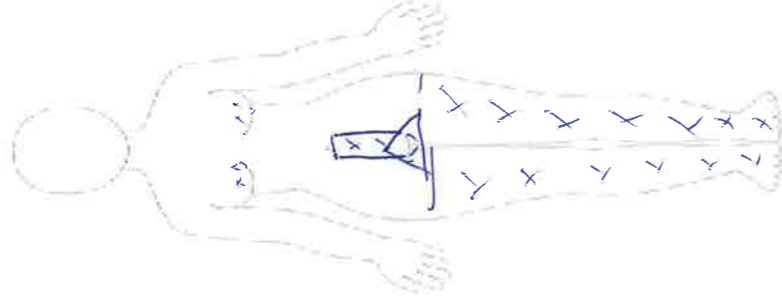
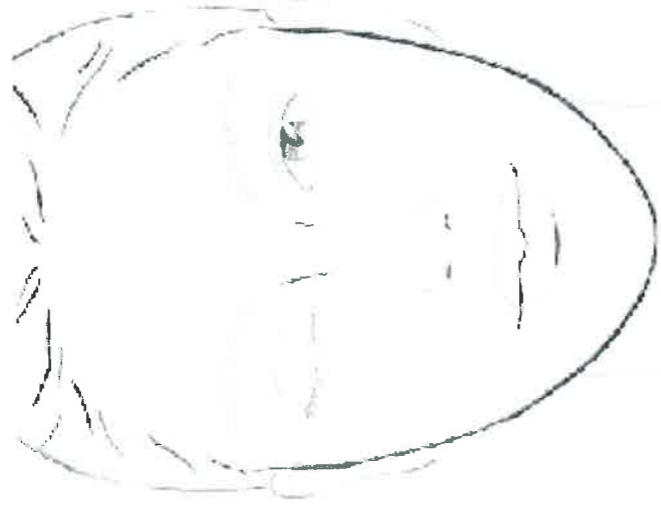
التاريخ

Patient's Name: AMANI ATTIA

File Number: Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pain Relief given? Yes / No Pretreatment photography taken? Yes / No

1001261



Session 1 Session 2 Session 3 Session 4 Session 5 Session 6

Treatment Date 5/3/19  
Treatment Area FULL BODY  
Hair Type M/DARK  
Mode DP/IFDP  
Fluence 24 J/cm²  
Pulse Type CNT Pulse  
CNT Pulse 2 pass  
Passes Starting Time 1:20 PM  
Finish Time 2:45 PM  
Post Treatment

*Amni*

Therapist Name and Signature .....



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008028)

Date:06-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001261 - AMANI ATTIA - 971505999133**

The sum of Dhs. **Two Hundred Sixty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **262.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date: **06-03-2020**

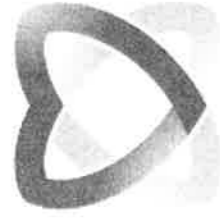
Being **sof light side burn + vat**

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 : **1001261 - AMANI ATTIA - 971505999133**

**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 250.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-008029

Date: 06-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001261 - AMANI ATTIA - 971505999133**

The sum of Dhs. **Two Hundred Fifty Only**

By Cash **250.00** / 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:

Being **advance for derma treatment**

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

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





REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO\*

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            | Amami,F.A.Y,Athia          | IDN:              | 784197010315279 | Mother Name:      |                      |
| Name (Ar)       | امامي فخرى عدنان يوسف عطيه | Card Number:      | 088945963       | Mother Name (Ar): |                      |
| Title:          |                            | Nationality:      | JOR             | Family ID:        |                      |
| Title(Ar):      |                            | Nationality (Ar): | الأردن          |                   |                      |
| Issue Date:     | 07/05/2018                 | Sex:              | F               | Sponsor Type:     | 03                   |
| Expiry Date:    | 05/05/2020                 | Date of Birth:    | 24/12/1970      | Sponsor Name:     | خالد ممدوح عيسى عطيه |
| Marital Status: | 02                         | Husband IDN:      |                 | Sponsor Number:   | 05521881             |
| Residency Type: | 03                         | Residency Number: | 30119973061615  | Residency Expiry: | 05/05/2020           |
| ID Type:        | IL                         | Occupation:       | 10              | Occupation Field: | 00                   |



Photo

Signature Image

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

11/28/2018



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 100.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-001834

Date: 28-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001261 - AMANI ATTIA - 971505999133**The sum of Dhs. **One Hundred Only**By Cash **100.00** / 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 MICRO PEN TREATMENT - NON REFUNDABLE**

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-001833

Date: 28-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001261 - AMANI ATTIA - 971505999133**The sum of Dhs. **Two Hundred Only**By Cash **200.00** / 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:

Receiving **ADVANCE FOR FULL BODY LHR / 790 OFFER / NON REFUNDABLE**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

792.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002862)

Date:05-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001261 - AMANI ATTIA - 971505999133

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

By Cash 592.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 200.00

Bank: Cheque No.

Date: 05-03-2019

Being FULL BODY LHR VIKINI + VAT

Made by Hiba

---

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

100.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002863)

Date:05-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001261 - AMANI ATTIA - 971505999133

The sum of Dhs. One Hundred 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 100.00

Bank: Cheque No.

Date: 05-03-2019

Being REMAINING BALANCE PAID FULL BODY LHR VIKINI + VAT

Made by Hiba

---

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

## ورقة الموافقة على البوتكس

التاريخ: 27 / 1 / 20

أنا السيد/السيدة \_\_\_\_\_ أؤكد بأنه تم شرح لنا كيفية العلاج باستخدام البوتكس وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه كحال جميع الأدوية البوتكس قد يحتوي على آثار جانبية. هذه الردود العكسية قد تكون متعلقة بالعلاج، إما بسبب المنتج أو الفرد، لكن بشكل عام هذه المضاعفات قد تحدث في الأيام الأولى التي تتبع يوم الحقن وتكون بشكل مؤقت. معظم الحالات التي تم تسجيلها تكون بدرجة معتدلة إلى خفيفة. كما هو متوقعة بعد الحقن سوف يكون هناك شعور بالألم وحرق وتيبس وتورم وزرراق.

من الآثار الجانبية الشائعة التي من الممكن حدوثها: صداع، زرغلة، احمرار، تراخي بعضلات الوجه وألم في الوجه.

من الآثار الجانبية الغير شائعة: التهاب، غثيان، تمييل، التهاب في الجفن، ألم في العين، عدم رؤية واضحة، جفاف في الفم، تيبس الشفاء، تورم في الوجه وحول العين، حساسية ضد الضوء، تشنج بالعضلات، أعراض الانفلونزا، ضعف وحرارة.

الآثار الجانبية التالية قد تكون نادرة: حكة، طفح جلدي، قشعريرة، أنواع مختلفة من الطفح الجلدي الأحمر، حساسية قوية (تورم وتحديدا في الوجه والمجرى الهوائي مما يسبب صعوبة بالتنفس)، هبوط الحاجب أو الجفن، سماع طنين بالأذن وقلة السمع، حساسية في صعوبة البلع والتنفس والكلام.

لقد تم إيلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 4 إلى 6 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح. إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا أفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

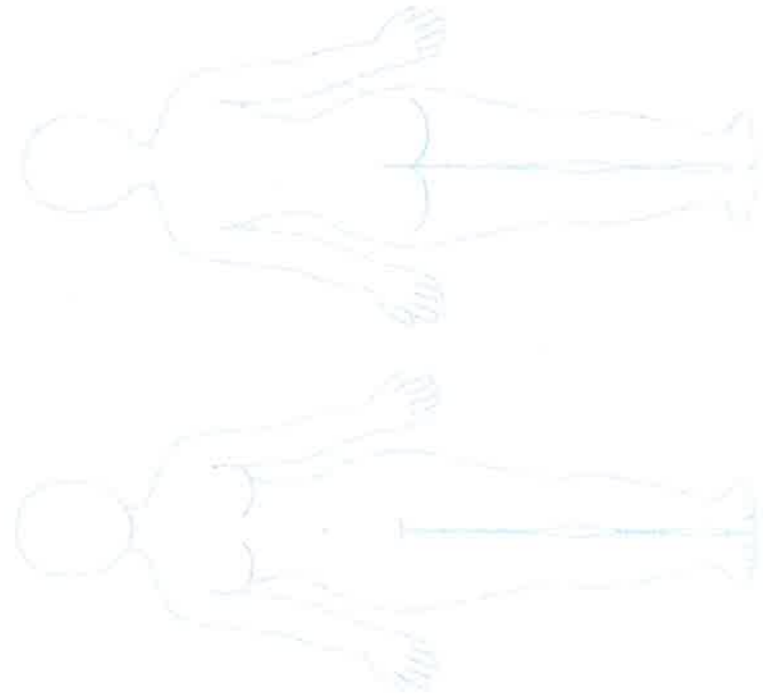
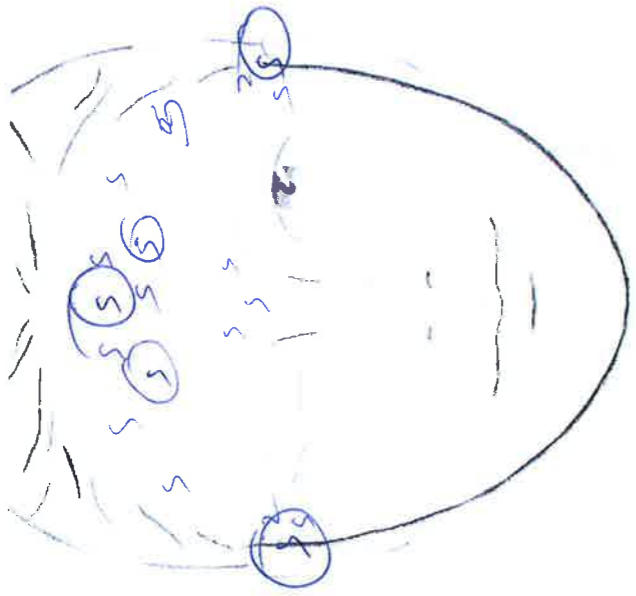
أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور او الوصف المرفق  
نعم لا

التوقيع: \_\_\_\_\_

اسم المريض: لمان حطيم

التوقيع: \_\_\_\_\_

اسم المعالج: \_\_\_\_\_



**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

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007190)

Date:22-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001261 - AMANI ATTIA - 971505999133

The sum of Dhs. **Eight Hundred Ninety-Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **892.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 22-01-2020

Being **BOTOX DYSPORT + 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 : 1001261 - AMANI ATTIA - 971505999133

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