



Date: 12 / 2018

File Number: 1001271

Patient Name: Aamna Al-hamdi

إسم المريض

Date Of Birth: 1 / 1 / 1988 Gender: M / F

Marital Status: (الجماعية):

Nationality: (الجنسية):

.....

Address (العنوان): Sharjah

Phone No. (رقم الهاتف): 056-133123

E-MAIL:

How did you know about us: (كيفية التعرف علينا)

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 حذيفة؟	Yes	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سكرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	Yes	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	Yes	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	Yes	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Yes	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	Yes	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تنسليه؟	Yes	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	Yes	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	Yes	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	Yes	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو امراض الغدة الدرقية؟	Yes	
Other conditions: HIV...etc هل تعاني من أي امراض أخرى؟ فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط etc	Yes	



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 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 اي ضمانات أو نتائج لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استعمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات 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 قد بقي الملف صحية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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 و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

أخصمه

التاريخ: (ب. ١٤ / / ٢٥١٨ م)

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs		
Weight (الوزن): 57 Kg	Height (الطول): 149 cm	Blood Type (دم):
Pulse (النبس): 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 , ادخال المستشفى:		
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (الكحول): Y / N	Drugs (العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

Public Data Readed Suc:

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	Aamna,Abdulla,Rashed,Salem,Alhmodi	IDN:	784198153719350	Mother Name:	Maryam Ebrahim
Name (Ar)	امنة عبدالقادر راشد سالم الحمودي	Card Number:	090535775	Mother Name (Ar):	مريم إبراهيم
Title:		Nationality (Ar):	ARE	Family ID:	708000509
Title(Ar):		Nationality	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	26/08/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	26/08/2028	Date of Birth:	01/01/1981	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

12/1/2018



precisely Kindly Answer the following questions

How do you better describe your skin Type	ما هي الوصف الجنب لنوع بشرتك ؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input checked="" type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات دبوب أو جدرة (نعم / لا)
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydeoquenon on Site?Yes / No	هل تناولت عقار الاكوتان/ الايسوتريتونين خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل استخدمت ريتان أي أو منتجات حنص الجايكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No	هل قمت بتنق أو كمي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?.....	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشرك حاليا؟
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا

أقر أنا
أصبح عمليها الأمر للحدود
أصبح عمليها الأمر للحدود

أقر أنا
أصبح عمليها الأمر للحدود
أصبح عمليها الأمر للحدود

أقر أنا
أصبح عمليها الأمر للحدود
أصبح عمليها الأمر للحدود

I hereby consent that 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

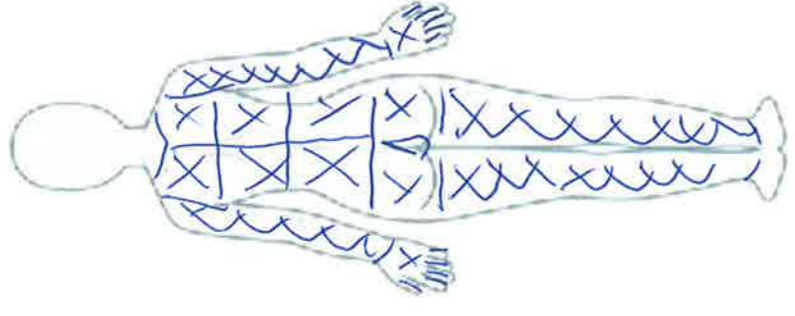
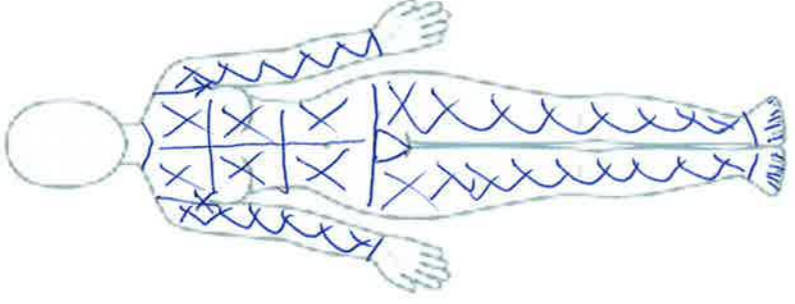
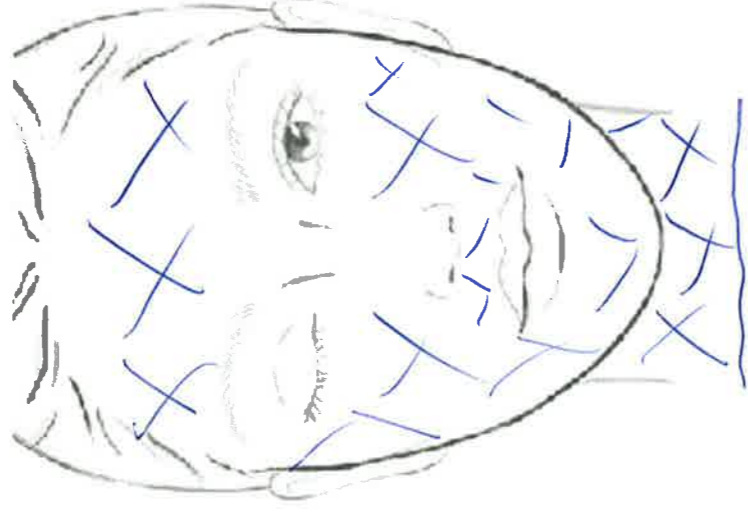
Date

الإسم والتوقيع
تاريخ

2018 / 12 / 13

Patient's Name:
 File Number:
 Pain Relief given? Yes / No

Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



BIKINI - NDYAG 10J/cm²/25

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	1/12/18	5/1/19				
Treatment Area	Full Body +	Full Body +				
Hair Type	Dark	MEDIUM				
Mode	NDYAG	NDYAG				
Fluence	15J/cm ²	15-20 J/cm ²				
Pulse Type						
GNT Pulse						
Passes	1	1				
Starting Time	5 PM	6 PM				
Finish Time	6:35 PM	7:30 PM				
Post Treatment	ADVISOR MEFQ + FUCICLOX					

Therapist Name and Signature
 BUESIC



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,039.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-001871

Date: 01-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001271 - AAMNA ALHAMADI - 971561333123

The sum of Dhs. One Thousand and Hundred Thirty Nine and Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,039.50 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR FULL BODY PLUS / OFFER 990 / NON REFUNDABLE**Made by **FATEN**

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

www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,039.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001872)

Date:01-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001271 - AAMNA ALHAMADI - 971561333123

The sum of Dhs. One Thousand Thirty-Nine Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,039.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 01-12-2018

Being

Made by FATEN

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,039.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002197)

Date: 05-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001271 - AAMNA ALHMOUDI - 971561333123

The sum of Dhs. One Thousand Thirty-Nine Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,039.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 05-01-2019

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,039.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002652)

Date:14-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001271 - AAMNA ALHMOUDI - 971561333123

The sum of Dhs. **One Thousand Thirty-Nine Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,039.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 14-02-2019

Being **full body plus discounted 990 per session**

Made by **Rana**

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