



Date: 1 / 12 / 2018

File Number: 1001276

Patient Name: Hiba Aussy

اسم المريض:

Date Of Birth: 22 / 2 / 1984

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

M (F)

Nationality: Irbil

Phone No. (رقم الهاتف): 0526644466

Address (العنوان): Sharjah

How did you know about us: Alstikhra

E-MAIL:

التاريخ الطبي

| Medical Condition | الحالة الطبية | 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 حثيثاً؟ | | No | |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟ | | No | |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟ | | No | |
| Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟ | | | Appendix |
| 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 القصبات، 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 مئع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | | NO | |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى | | NO | مفردة |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟ | | NO | |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ | | NO | |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ | | NO | |
| Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإبتز، فيروس الحلا النسيط etc | | NO | |

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: .. / 12 / 18

نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤلف.

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 نكر في القمص 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 اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية او التحليلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً 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 الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف 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 لدي قضي الملف صحيحة و اتفهم 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 اراضي

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

التاريخ: 18 / 12 /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

| | | |
|--------------------|------------------------|-------------------------|
| Weight (الوزن): Kg | Height (الطول): cm | Blood Type (دم): |
| Pulse (النبض): ppm | Blood Pressure (دم): / | 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 ، 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

REDAD DATA

CAEAI0EBAA830DQX0*

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Public Data Verification report

File
 Non-Modifiable Data (SF3)
 Modifiable Data (SF5)
 Holder Signature Image (SF7)
 Photography
 Home Address
 Work Address

Valid Signature?

False
 False
 False
 False
 False
 False

Card Holder Information

| | | | | | |
|-----------------|-----------------|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------------------|
| Name | Hiba.Qusay,محمد | IDN: | 784198497648463 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | هبة قسوي,محمد | Card Number: | 079628137 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | IRQ | Family ID: | |
| Title(Ar): | | (Ar): | العراق | | |
| Issue Date: | 15/08/2016 | Sex: | F | Sponsor Type: | 08 |
| Expiry Date: | 18/04/2019 | Date of Birth: | 22/02/1984 | Sponsor Name: | مجموعه دبي للتقارات ش ذ م م |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 00 |
| Residency Type: | 03 | Residency Number: | 20120133040051 | Residency Expiry: | 18/04/2019 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 1210 | 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 هو الوصف الأنسب 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 , عميدة 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"/> غابرة الاحتراق , دائمة الاسمرار |
| Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No | هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جديرة ؟ نعم / لا |
| Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No | هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا |
| Have you Taken Akutan or Isotretinone in the last 6 months? Yes/ No | هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا |
| Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes/ No | هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الهيدروكلوريك 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 كي أو إزالة الشعر بالشمع في منة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا |
| Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No | هل كانت اخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحمامية 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 / تستخدمها بشرتك حاليا؟ |
| Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No | هل أجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا |
| For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No | لسيدات 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 أنني أوافق على إجراء إزالة الشعر بالليزر في مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في صبغات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. وأنهم إن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد السلاسل واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وإذني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحقن والتف والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكي وإذني اختبرت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التف قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم والتاق والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات والحساسية ونوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
أفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحرق. ومن الممكن حدوث بعض التورم والتشققات. وهذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نفس أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تدم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتيحت لي الفرصة للاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص وأني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي. وأني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع
هذه هي

التاريخ
..... / /



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,079.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-001875

Date: 01-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001276 - HIBA QUSAY - 971526644466

The sum of Dhs. Two Thousand and Hundred Seventy Nine Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 2,079.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Being ADVANCE FOR 2 SESSIONS FULL BODY PLUS/ OFFER 990 / 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

1,039.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001907)

Date:08-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001276 - HIBA QUSAY - 971526644466

The sum of Dhs. **One Thousand Thirty-Nine Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **1,039.50**

Bank: Cheque No.

Date: **08-12-2018**

Being

Made by **FATMA** 

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,155.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002992)

Date:16-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001276 - HIBA QUSAY - 971526644466

The sum of Dhs. One Thousand One Hundred Fifty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,155.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 16-03-2019

Being FULL BODY PLUS + 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 : 1001276 - HIBA QUSAY - 971526644466

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,155.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003856)

Date:30-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001276 - HIBA QUSAY - 971526644466

The sum of Dhs. One Thousand One Hundred Fifty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,155.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 30-05-2019

Being **FULL BODY PLUS + 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 : 1001276 - HIBA QUSAY - 971526644466

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,155.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004723)

Date:10-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001276 - HIBA QUSAY - 971526644466

The sum of Dhs. One Thousand One Hundred Fifty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,155.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 10-08-2019

Being FULL BODY PLUS + 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 : 1001276 - HIBA QUSAY - 971526644466

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,102.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005579)

Date:19-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001276 - HIBA QUSAY - 971526644466

The sum of Dhs. One Thousand One Hundred Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,102.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 19-10-2019

Being FULL BODY PLUS (HR) + 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 : 1001276 - HIBA QUSAY - 971526644466

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