



Date: 5/17/2018

File Number: 1051284

Patient Name: Alya Al Zaidi

اسم المريض: 1051284

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 7/19/69 Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Saint Kitts. Occupation (الوظيفة):

Phone No. (رقم الهاتف): 0544477723

Address (العنوان): Sharjah

How did you know about us: Google

E-MAIL:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	X	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	X	
Allergies هل لديك أي حساسية؟		
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟		فقدت عدداً كبيراً من الوزن
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	X	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	X	
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	X	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	X	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	X	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	X	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	X	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	X	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	X	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	X	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الأبتز، فيروس الحلا السسيط	X	



### 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: 5 / 12 / 2018

### 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 يكشف 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 التجميلية المقدمة لي، كما تفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استعمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية 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 و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي تخفي للملف صحية و تفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا 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 دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دمية 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، إدخال المستشفى		
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (الكحول): Y / N	Drugs (تعاظمي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings: الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

خطة العلاج Treatment Plan

5112 Coll for Teatneph and lips

Hyalurondy 0.5 ml

For Lip filler


  
**DR. MOHAMAD FAYEZ BADAWI**  
 D50047  
 Specialist Dermatology

AED 1,500

09/12/16

Opt filler lip 1cc

+ Q Thread nose 500

VOLIFT w Lido  
LOT: V17LA70586  
EXP: 2019.08  
1x1.0ml

Doctor's Signature and Stamp


  
**DR. MOHAMAD FAYEZ BADAWI**  
 D50047  
 Specialist Dermatology

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
5/12	Consultation	200	0	
9/12	Nose Thread(1) + Filler lips	1500	0	
10/2/2019				
	Free coupon for Scaling & polishing			Dr. Daker
10/2/2019		900		
	Apr filler			
	+ 5cc. facial			
24/2	Sup a.c			
	→ for lifting threads + nose job for daughter			

BioScience GmbH  
 19073 Dummer, Germany  
 GeneFill  
 SOFT FILL  
 LOT  
 F-2618/1  
 2021-06  
 070608823 CE2409

DR. MOHAMAD FAYZ BLOHMI  
 D50047  
 Specialist Dermatology

Treatment Plan خطة العلاج

31/3/2019

Suprall 1ml used in jawch  
200



Doctor's Signature and Stamp

.....



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQXO\*

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	Alva Mtelji, Jasim Alzaiddi	IDN:	784196929481842	Mother Name:	
Name (Ar)	عاليه مطيع, جاسم الزيدى	Card Number:	078513739	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	KNA	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مبات كيتي- ناقيس		
Issue Date:	23/05/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	16/05/2019	Date of Birth:	01/07/1969	Sponsor Name:	ياسر فاضل حبيب النسيه
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	73555509
Residency Type:	03	Residency Number:	30120123013050	Residency Expiry:	16/05/2019
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

12/5/2018



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001893)

Date:05-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001284 - ALYA AL ZAIDI - 971544471723

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

Bank: \_\_\_\_\_

Date: **05-12-2018**

Cheque No. \_\_\_\_\_

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

1,575.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001925)

Date:09-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001284 - ALYA AL ZAIDI - 971544471723

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

By Cash 1,575.00 / By Credit Card 0.00 / 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](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002305)

Date: 13-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001284 - ALYA AL ZAIDI - 971544471723

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

By Cash 1,260.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 13-01-2019

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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

945.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002610)

Date:10-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001284 - ALYA AL ZAIDI - 971544471723

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

By Cash 945.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 10-02-2019

Being

Made by Ghada

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

[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,155.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002840)

Date:03-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001284 - ALYA AL ZAIDI - 971544471723

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

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

Bank: Cheque No.

Date: **03-03-2019**

Being **NOSE LIFT WITH THREADS + 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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002931)

Date:10-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001284 - ALYA AL ZAIDI - 971544471723

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

By Cash 1,260.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 10-03-2019

Being PATIENT DID BOTOX FOR FACE + THREAD OF NECK + VAT

Made by Rana

---

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

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003152)

Date:31-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001284 - ALYA AL ZAIDI - 971544471723

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 210.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 31-03-2019

Being SUPER ALL INJECTION + 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 : 1001284 - ALYA AL ZAIDI - 971544471723

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