

Date: 9 / 17 / 2018 File Number: 1001295
 Patient Name: Shouq abaid
 Date Of Birth: 27 / 10 / 1997 Gender: M / F Marital Status: Single
 Nationality: U.S. Occupation: at airport
 Address: Shaifakh
 Phone No. (رقم الهاتف): 056 8828862
 E-MAIL: How did you know about us: Friend

المرض الطبي	Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	Recent or current drugs/Medical Treatment	لا	
هل تتعاطى أي سكرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Corticosteroids/Immunosuppressant	لا	
هل لديك أي حساسية؟	Allergies	لا	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي امراض؟	Surgical Operations, Serious illness	لا	
جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	لا	
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	لا	
انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Anemia, Leukemia	لا	
امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	لا	
هل تعاليت من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	لا	
هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مفتح للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في النورة الشهرية؟	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	لا	
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	لا	
قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	لا	
هل تعاليت من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	Epilepsy, or any other neurological disease	لا	
هل تعاليت من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	Thyroid Diseases, Diabetes	لا	
هل تعاليت من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc	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.

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

Date: ... / ... /

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 تزيدي 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 العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم 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 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 قدته لدي قدتي للملف الصحية و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم هذا الأقرار 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs			
Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/
			Blood Type (نوعية 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 ، ايدخال للمستشفى	

Smoking (التدخين) : Y / N Alcohol (الكحول) : Y / N Drugs (تعاطي العقاقير) : Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAFAIOEBAA83ODQxO

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	Shouq,Ahmed,Obaid,Khamis,Obaid	IDN:	784199773696259	Mother Name:	Zaikha
Name (Ar)	شوق أحمد عبيد خميس عبيد	Card Number:	077848071	Mother Name (Ar):	زاكحة
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	301013867
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	
Issue Date:	04/04/2016	Date of Birth:	27/10/1997	Sponsor Name:	
Expiry Date:	04/04/2021	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	01	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	11	Occupation Field:	00
ID Type:	ID				



Photo

Signature Image

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

12/9/2018



Kindly Answer the following Questions Precisely

Are you pregnant or breast feeding? Yes / No	هل أنت حامل أو توفين بالإرضاع حالياً؟ نعم / لا
Do you have a history of allergy or anaphylaxis? Yes / No	هل لديك أي حساسية؟ نعم / لا
Are you currently receiving any Medical Treatment? Yes / No	هل تتلقى أي علاجات حالياً؟ نعم / لا
If Yes, provide more details.....	
Have you previously recieved any aesthetic treatment? Yes / No	هل قمت سابقاً بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا
If Yes, provide more details.....	
Have you ever done any treatment with botox or filler? Yes / No	هل قمت سابقاً بأي علاج باستخدام البوتوكس أو الفيلر؟ نعم / لا
If yes, provide more details	
What Areas are treated and when?.....	أذا كانت الاجابية نعم اذكر بالتفصيل.....
Did you suffer any side effects after treatment?.....	هل عانيت من أي اعراض جانبية بعد العلاج؟.....
Have you ever suffered from any auto immune disease? Yes / No	هل عانيت من أي امراض مناعية؟ نعم / لا
Do you have any skin infections or inflammations? Yes / No	هل تعاني من أي التهابات او امراض جلدية؟ نعم / لا
Do you take any aspirin, steroids or anticoagulant? Yes / No	هل تتناول أي ستيرويدات او اسبرين او مميعات الدم؟ نعم / لا
Do you have any allergy, specially to Hyaluronic acid, Amide Local Anesthesia or Lidocaine? Yes / No	هل تعاني من أي حساسية خصوصاً تجاه حمض الهالورونيك او التخدير الموضعي او الليدوكين؟ نعم / لا
Do you suffer of Hypertrophic Scarring? Yes / No	هل تعاني من تضخم الندب؟ نعم / لا
Do you suffer any cardiac disorders? Yes / No	هل تعاني من أي مشاكل او امراض قلبية؟ نعم / لا
If Yes, provide more details.....	

I hereby consent that I have came 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.

أفهم أن هذا الإجراء هو إجراء اختياري و أنني قد وقعت هذا الإقرار بإراضي الكاملة لإجراء الحقن بالفيلر / البوتوكس لإعادة التجميل للوجه و تحسين مظهر الشفاه و تغيير مظهرها او إعادة تضامرس الوجه. أو إخفاء التجاعيد في منطقة الجبهة و حول العين. أفهم أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل و أنني سوف أوجه جميع الأسئلة و الاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل و بعد العملية.

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.

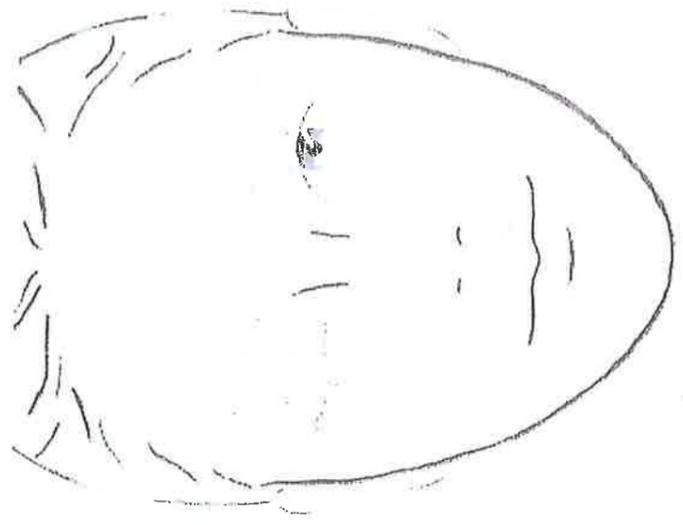
أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الإقرار و التقييم (أو تمت قراءته لي و أنا على علم محظراً) و إن جميع استفتي و استفساراتي قد أُجيبت بالكامل و بشكل مرضي. لا ضمانات قد قدمت لي لتتابع هذا الإجراء الطبي. و أشيد أنني قد أعطيت المعلومات في هذا النموذج بشكل كامل و صحيح و أنني اتحمل مسؤولية التبليغ في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

Patient Name and Signature

بسم الربض و التوفيق

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 أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,048.95

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001932)

Date:09-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001295 - SHOOU OBAID - 971568828862

The sum of Dhs. One Thousand Forty-Eight Dirhams and Ninety-Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,048.95 / 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