



Date: 19/12/2018  
Patient Name: Mxno Youssef kassab  
Date Of Birth: 02/02/1980 Gender: M / F  
Nationality: Syrian  
Address: Souda  
E-MAIL: MRS. darine.  
File Number: 10013334  
اسم المريض:  
Marital Status: (الحالة الاجتماعية):  
Phone No. (رقم الهاتف): 0521820000  
How did you know about us: friend of MRS. darine.

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details اذا 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 ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	X	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	X	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟		
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 الدم؟	X	
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لو كيميا (سرطان الدم)	X	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، 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، 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 من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، 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: ... / ... / .....

### 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 الأشمل 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 لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتهاب أو النزوم أو النزيف أو الالام أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فتحي الملف صحياً و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل إرادتي

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

عبدالمصعب

التاريخ: ٢٠١٤ / ١٢ / ٢٠

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 (نصية 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، ائخال للمستشفى	
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (الكول): Y / N
	Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة والسريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

18/12/2018

Low pH

ASKs for PEP

→ DM → Rx Zinc so  
Alomun 200/20

Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI  
D50047  
Specialist Dermatology

1 pt for lower ex-let

93-1-2019 PRP Low

6 pt used in scalp  
1 pt in under eye

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
19/12	PRP for <del>Face</del> Hair (Advance For 2)	800 1600	φ φ	
10/3/19	Hyaluronide 0.1 ml in 1cc + PRP face			
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">                     Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI                      D50047                      Specialist Dermatology                 </div>			
17/3/19	Hyaluronide in 1cc of HA 42cc			200
31/3/2019	PRP hair dome			
	filler: 0.1 ml in 1cc with eye as correction of prenasal filler			
	Affix can reviewed			
19/6/2019	PRP Hair			

Dr. Mesam Marwan Al Tabbaa  
 Dr. Mesam Marwan Al Tabbaa  
 Dermatology specialist  
 MOH License No.: 1826  
 Orchid Medical Centre



PATIENT NAME: *Mirna Kassab*

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
<i>3/9/2019</i>	<i>PRP Hair</i> <i>(2) PTPaid 3 session</i> <i>So this is last session</i>			

*د. وسام مروان الطباع  
Dr. Wesam Marwan Al Tabaa  
اختصاصي جلدية  
Dermatology specialist  
مركز أوركيدي الطبي  
Orchid Medical Center*

REDAD DATA

CAEAIOEBAA83ODQxO'

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	Mirna, Youssef, ,Kassab	IDN:	784198002495061	Mother Name:	
Name (Ar)	ميرنا يوسف, ,كسب	Card Number:	088525869	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		الجنسية العربية السورية			
Issue Date:	09/04/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	07/04/2021	Date of Birth:	01/02/1980	Sponsor Name:	مركز ميرنا كسب للتجميل
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	30120187012692	Residency Expiry:	07/04/2021
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	00

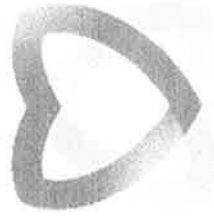


Photo

Signature Image

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

12/19/2018



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,680.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002006

Date: 19-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001334 - MIRNA KASSAB - 971522182000

The sum of Dhs. One Thousand Six Hundred Eighty Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,680.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Cheque No.

Date:

Being <sup>مقدم</sup> ADVANCE FOR 2 SESSIONS PRP FOR FACE - 800 PER ONE SESSION - NON REFUNDABLE

Made by Ghada

ميرنا كساب

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

840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002005)

Date:19-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001334 - MIRNA KASSAB - 971522182000

The sum of Dhs. Eight Hundred Forty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 840.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 19-12-2018

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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002398)

Date:23-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001334 - MIRNA KASSAB - 971522182000

The sum of Dhs. Eight Hundred Forty 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 840.00

Bank: Cheque No.

Date: 23-01-2019

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

787.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002927)

Date:10-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001334 - MIRNA KASSAB - 971522182000

The sum of Dhs. Seven Hundred Eighty-Seven 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 787.50

Bank: Cheque No.

Date: 10-03-2019

Being PRP FACE

Made by Rana

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



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002999)

Date:17-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001334 - MIRNA KASSAB - 971522182000

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 17-03-2019

Being

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 : 1001334 - MIRNA KASSAB - 971522182000

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 أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,205.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003151)

Date:31-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001334 - MIRNA KASSAB - 971522182000

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 2,205.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 31-03-2019

Being PT PAID FOR 3 SESSION PRP HAIR + 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 : 1001334 - MIRNA KASSAB - 971522182000

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