



Date: 26/12/2018

Patient Name: Fatimah A.L. Al-Jawhary

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 5/1/2001 Gender (الجنس): M / (F)

Nationality (الجنسية): Liban Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Shamsyah

E-MAIL:

File Number: 1001357

اسم المريض:

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 0529301402

How did you know about us: Dr. Dalia

Instagram page

التاريخ الطبي Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition		
هل تناولت أي أدوية أو تلقيت أي علاجات حديثة؟ Recent or current drugs/Medical Treatment	X	
هل تناولت أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟ Corticosteroids/Immunosuppressant	X	
هل لديك أي حساسية؟ Allergies	X	عليه فيروس وولاد
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعدي من أي أمراض؟ Surgical Operations, Serious illness		
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 مثبطات للدم؟	X	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لو كيميا أنيميا (فقر 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، 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 السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	X	
Other conditions Other conditions HIV...etc	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 أسمع الطبيب 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 الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو نتائج لتأثيرات 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 مملحة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و أترك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي قضي الملف الصحية و اتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الأطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و أنني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و أنني وقعت عليه بكامل إرادتي

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

التاريخ: ... / ... /

المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg
Pulse (النبض): ppm
Height (الطول): cm
Blood Pressure (ضغط الدم): /
Blood Type (نوعية الدم):
Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint: سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History: التاريخ المرضي

Allergies: الحساسية

Medications: الأدوية

Pregnancy: الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization

عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (تعاطي الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings: الملاحظات العامة والسريية

Examination: الفحص

Radiography: الصور الشعاعية

Diagnosis: التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

FILE NO#:

PATIENT NAME:

DATE	TREATMENT	PAYMENT RECEIPT NO	PHYSICIAN SIGNATURE
26/12/18	Full Body (DEKA)	900	Dr. Dahi
27/12/2018	(Advance) Impression U & L Scaling & polishing + preparation of 14 tooth / 14 tooth veneer Impression U & L + bite \$20 x 14	4000	Dr. Dahi
3/1/2019	Cementation of 14 Veneers		Dr. Dahi
29/05/19	Letr Full Body (Deka)		Dr. Dahi
2/6/2019	Scaling & polishing (Free) Veneer Case		Dr. Dahi

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
MOH License No.: 4926
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No.: 4926
Orchid Medical Centre



precisely Kindly Answer the following questions

*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type <input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No Have you ever had Scars or keloids? Yes / No	ما هو الوصف المناسب لنوع بشرتك ؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار <input checked="" type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار <input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار <input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم (ن) / لا (لا) هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو قروح في منطقة العلاج ؟ نعم (ن) / لا (لا)
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No Have you Taken Akutan or Isotretinone in the last 6 months? Yes/ No Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes / No Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No Did you get exposed to sun or got tanned lately? Do/ Did you use any tanning products? Yes / No Do you Have any tattoos on site? Yes / No Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No What products you are using for your skin recently?..... Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت بنق أو كي أو إزالة الشعر بالشع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا هل قمت بنق أو كي أو إزالة الشعر بالشع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لإشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحلقة تسمير؟ هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا هل تم تشخيصك سابقا بأي مشكلات هرمونية؟ نعم / لا ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حاليا؟ هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا للسيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا هل قمت سابقا بإجراء عكياج 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 الشارقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتقدم.

أفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصبغ الموجودة في بصيلة الشعر لتحل محلها على أنحاء الشعر. وأنهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لازالة الشعر كالشمع و التفتف و الكريمات و إزالة الشعر بالشع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشع أو التفتف قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و العكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و فرغ 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 الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحرق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أنصت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و إنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي و إنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الاسم و التوقيع
Fatma

التاريخ
..... / /



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

945.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002077)

Date: 26-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001357 - FATIMAH AL HAWWARI - 971529301402

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 26-12-2018

Being

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

AED 945.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002078

Date: 26-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001357 - FATIMAH AL HAWWARI - 971529301402

The sum of Dhs. **Nine Hundred Fourty Five Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **945.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR FULL BODY LHR - DEKA - 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

No: REC-002111

AED 4,000.00

RECEIPT VOUCHER

Date: 29-12-2011

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001357 - FATIMAH AL HAWWARI - 971529301402

The sum of Dhs. Four Thousand Only

By Cash 4,000.00 / By Credit Card 0.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Cheque No.

Date:

Being ADVANCE FOR 14 UNITS VENEER -OFFER 550- 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

8,085.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002183)

Date:03-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001357 - FATIMAH AL HAWWARI - 971529301402

The sum of Dhs. Eight Thousand Eighty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 4,085.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 4,000.00

Bank: Cheque No.

Date: 03-01-2019

Being

Made by Ghada

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

www.omc1.ae

WARRANTY CARD

PHOFM™

AL ANQA DENTAL LABORATORY LLC.
Al Mahatah, AlQuasimiya, Sharjha, UAE, Po Box
29406, Mob 0522298562, 0522298502
Email ; phoenixdentallab.2016@gmail.com

DOCTOR: DALIA ELFAYOUMI
CLINIC: ORCHID MC

DATE: 3.1.2019

AL ANQA DENTAL LABORATORY hereby warrant that the veneers made to
FATIMA are covered under our life time warranty scheme of 5 years from date of
production

Dental laboratory will replace or repair and replace comparable restoration at no
charge if the restoration breaks, crack with the use, however our warranty apply to normal
wear and tear or in the event restoration damage. the result of misuse abuse and neglect
, accident, improper cleaning and improper application

This warranty letter must be presented in order to avail service under this warranty

AL ANQA DENTAL LABORATORY

Dr. Dalia
3/1/2019