





### 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.

أتقدم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترميمي بالعلاج الاصل و الخدمة الافضل.

أتقدم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما فكرت 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 العلاج و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتقدم بالإخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتقدم تسليماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للعمليات 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 الالم أو الحساسية.

أتقدم 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 قمتي للملف صحيحة و أتقدم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر ان 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 بأكمل ارادتي.

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

التاريخ: 26 / 12 / 2018

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization

عمليات سابقة ، أفعال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

خطة العلاج Treatment Plan



Fillers

under eyes →


 BioScience GmbH  
 19073 Dummer, Germany  
 LOT  


*Genefill FINE*  
 T-0316/1  
 2019-01  
 CE 2409

lips →

HYAcorpFace  
 BioSCIENCE GmbH  
 19073 Dummer, Germany  
 LOT  


X16-3618/3  
 2021-09  
 CE 2409



Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI  
 D50047  
 Specialist Dermatologist

Lehden for eyes!  
of RT ampul



30/12/2018

2ml used

Doctor's Signature: *for check*

HYAcorpFace  
 BioSCIENCE GmbH  
 19073 Dummer, Germany  
 LOT  


X16-3618/3  
 2021-09  
 CE 2409

HYAcorpFace  
 BioSCIENCE GmbH  
 19073 Dummer, Germany  
 LOT  


X16-3618/3  
 2021-09  
 CE 2409

Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI  
 D50047  
 Specialist Dermatologist









يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية بشكل دقيق

Are you pregnant or breast feeding? Yes / No هل أنت حامل أو توفين بالإرضاع حالياً؟ هل لديك اي حساسية؟ نعم / لا هل تتلقى اي علاجات حالياً؟ نعم / لا إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....	<input checked="" type="radio"/> لا <input checked="" type="radio"/> لا <input checked="" type="radio"/> لا
Have you previously recieved any aesthetic treatment? Yes / No if Yes, provide more details..... هل قمت سابقا بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....	<input checked="" type="radio"/> لا
Have you ever done any treatment with botox or filler? Yes / No if Yes, provide more details What Areas are treated and when? هل عانيت من اي لعراض جانبية بعد العلاج؟ ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟ هل عانيت من اي لعراض جانبية بعد العلاج؟	<input checked="" type="radio"/> لا
Have you ever suffered from any auto immune disease? Yes / No Do you have any skin infections or inflammations? Yes / No Do you take any aspirin, steroids or anticoagulant? Yes / No Do you have any allergy, specially to Hyaluronic acid, Amide Local Anesthesia or Lidocaine? Yes / No Do you suffer of Hypertrophic Scarring? Yes / No Do you suffer any cardiac disorders? Yes / No if Yes, provide more details.....	<input checked="" type="radio"/> لا <input checked="" type="radio"/> لا <input checked="" type="radio"/> لا <input checked="" type="radio"/> لا <input checked="" type="radio"/> لا <input checked="" type="radio"/> لا <input checked="" type="radio"/> لا

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 والحقن.

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.

أقر أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل وأني سوف أوجه جميع الاسئلة والاستفسارات الى الطبيب المعالج قبل وبعد العلاج.  
أقر أنني قد قرأت مضمون هذا لقرار والتعقب (أو تمت قرئت لي وأنا على علم بمحتواه) وأن جميع اسئلتني واستفساراتي قد أجيبت بالكامل وبشكل مرضٍ، مطروها أو إعادة تصاريص الوجه. أو إعطاء التوجيه في منطقة الجبهة وحول العين.

أقر أنني على علم بكامل الإخطار والمضاعفات التي قد تنتج عن هذا العلاج وأنهم أن لا ضمانات قد قدمت لي لتتبع هذا الإجراء الطبي.

وأشيد أنني قد أعطيت المعلومات في هذا النموذج بشكل كامل وصحيح وأنني اتحمل مسؤولية التبليغ في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

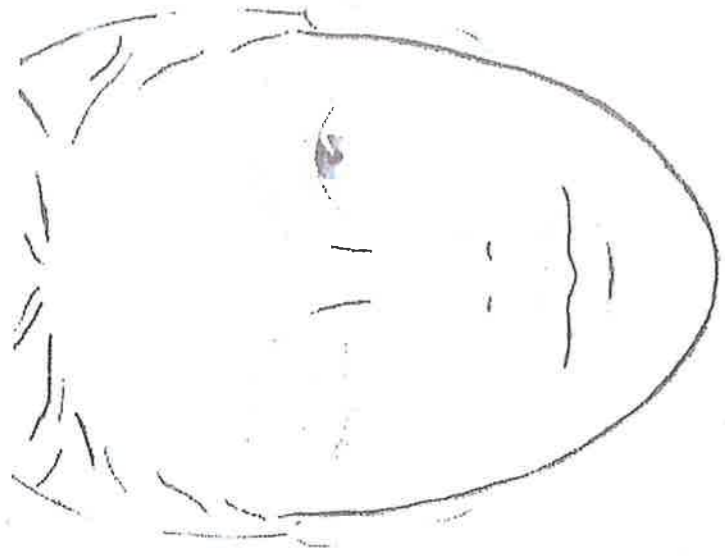
Patient Name and Signature

إسم المريض و التوقيع

Huda Alshaar

Date: ... / ... / .....

26 / 12 / 2018



**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

2,308.95

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002075)

Date:26-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001358 - HUDA ALSHAAR - 971504850051

The sum of Dhs. Two Thousand Three Hundred Eight Dirhams and Ninety-Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 2,308.95 / 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](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,890.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002129)

Date:30-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001358 - HUDA ALSHAAR - 971504850051

The sum of Dhs. One Thousand Eight Hundred Ninety Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,890.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 30-12-2018

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)