



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

Date: 29/12/2017
Patient Name: Asma Nabil Selmi
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 05/03/1990 Gender: M (F)
Nationality (الجنسية): Jordanian
Address (العنوان): Dubai - Tecam
E-MAIL: w.stacy@alm...

File Number: 1001367
اسم المريض:

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Phone No. (رقم الهاتف): 05 29 8509
How did you know about us: w.stacy@alm...

التاريخ الطبي	Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition			
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟		لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟		لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟		نعم	حساسية عناد غير الصل
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعدي من أي أمراض؟		نعم	فأ الصدر
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميغات الدم؟		لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)		لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى		لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ممانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		لا	
Other conditions: HIV... etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس العنق البسيط... 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 تزديدي بالعلاج الأفضل 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 الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتنتج 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 أترك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتهاب أو القوم 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 لدي تخفي للملف صحية و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتعطيني 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 هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg
Pulse (النبض): ppm

Height (الطول): cm
Blood Pressure (الضغط الدم): /

Blood Type (المناعة الدموية):
Blood Sugar (السكر الدم):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، اذخار للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظمي 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

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	Asma,Nabil,Abdalqadir,,Selmi	IDN:	784199048153276	Mother Name:	
Name (Ar)	اسماء،نبيل،عبدالقادر،وسلمى	Card Number:	088495003	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	05/04/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	23/03/2021	Date of Birth:	04/03/1990	Sponsor Name:	طلعت محمد احمد خليل
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	96030229
Residency Type:	03	Residency Number:	20120153027478	Residency Expiry:	23/03/2021
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00

Photo

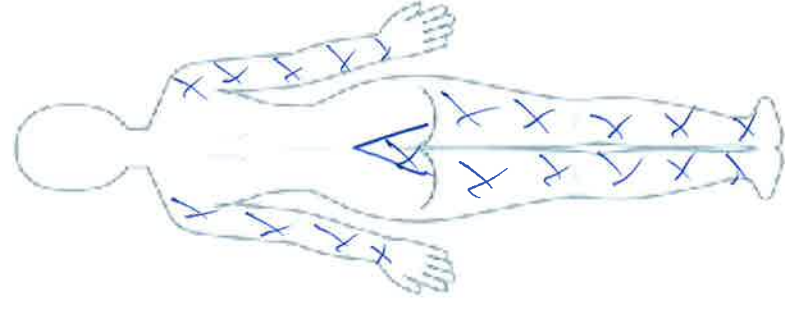
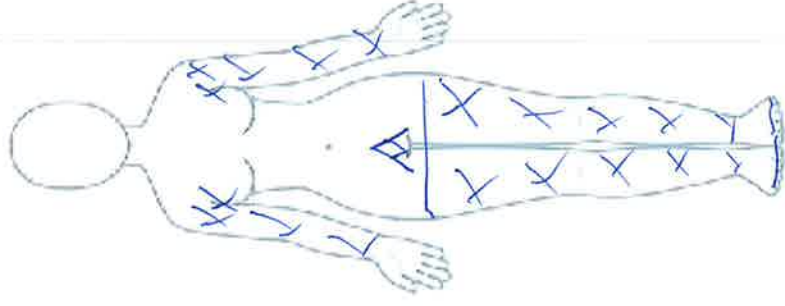
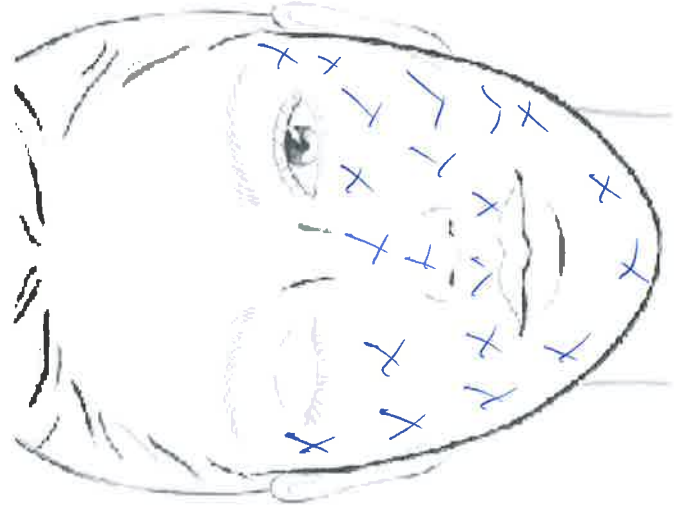


Signature Image

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

12/29/2018

Patient's Name: **Asma Nabl** إسم المريض:
 File Number: **2912118** رقم الملف:
 Pain Relief given? Yes / No **Yes** Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No **Yes** Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	29/12/18					
Treatment Area	Full body					
Hair Type	Dark, Soft					
Mode	Alex					
Fluence	8/12ms					
Pulse Type	Bikini-12/20					
CNT Pulse						
Passes						
Starting Time	4:30 PM					
Finish Time	5:30 PM					
Post Treatment	Needs advised					

Therapist Name and Signature *[Signature]*



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

724.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002107)

Date:29-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001367 - ASMA SELMI - 971544298409

The sum of Dhs. Seven Hundred Twenty-Four Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 724.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 29-12-2018

Being PACKAGE 1500 (FULL BODY LHR DONE)

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-002108

Date: 29-12-2018

AED 850.50

RECEIPT VOUCHER

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001367 - ASMA SELMI - 971544298409

The sum of Dhs. Eight Hundred Fifty and Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 850.50 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Cheque No.

Date:

Paying ADVANCE FOR PACKAGE 1500(CARBON , MESO,SCALING)

Made by Ghada

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

www.omc1.ae



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

299.25

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002203)

Date:05-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001367 - ASMA SELMI - 971544298409

The sum of Dhs. Two Hundred Ninety-Nine Dirhams and Twenty-Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 299.25

Bank: Cheque No.

Date: 05-01-2019

Being Package 1500

Made by Ghada

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

84.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002204)

Date:05-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001367 - ASMA SELMI - 971544298409

The sum of Dhs. Eighty-Four 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 84.00

Bank: Cheque No.

Date: 05-01-2019

Being PACKAGE 1500

Made by Ghada

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

299.25

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002358)

Date:19-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001367 - ASMA SELMI - 971544298409

The sum of Dhs. Two Hundred Ninety-Nine Dirhams and Twenty-Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 299.25

Bank: Cheque No.

Date: 19-01-2019

Being

Made by **FATEN**

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