



Date: 31/12/2018

File Number: 601392

Patient Name: Soumia Al Harmoozi

إسم المريض: 601392

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 27/6/1979 Gender: M (F)

Marital Status:(الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): u.a.s. Occupation:

Phone No. (رقم الهاتف): 05968326006

Address (العنوان):

How did you know about us: INSTAGRAM

E-MAIL:

.....

التاريخ الطبي	Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
الحالة الطبية <td>Medical Condition</td> <td></td> <td></td>	Medical Condition		
هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟	Recent or current drugs/Medical Treatment	لا	
هل تعاطى أي مثبطات للمناعة؟	Corticosteroids/Immunosuppressant	لا	
هل لديك أي حساسية؟	Allergies	نعم	بمسلسل
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟	Surgical Operations, Serious Illness	نعم	عند الجنين
جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	لا	
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مسيلات للدم؟	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	لا	
أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Anemia, Leukemia	لا	
أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	لا	
هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	لا	
هل أنت حامل؟ هل تعاطين أي منع للحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الحرة الشهرية؟	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	لا	
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	لا	
قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	لا	
هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Epilepsy, or any other neurological disease	لا	
هل تعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Thyroid Diseases, Diabetes	لا	
هل تعاطى من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط 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 أقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حائي 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 الأمثل 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 تعهد لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حائي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للخصوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي 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 قد بقي للملف صحيحة، و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم 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 (من دون السن القانونية):

31- / 12 / 2018

التاريخ: ... / ... /

المؤشرات الحيوية		Vital Signs	
الوزن (الكلغ):	Kg	الارتفاع (الطول):	cm
النبض (النبض):	ppm	ضغط الدم (دم):	/
		نوع الدم (دم):	Blood Type
		سكر الدم (دم):	Blood Sugar

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

weight reduction + hips area

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، الخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

tummy tuck & gained in her hips area

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

6-1+19 Gold Stamp Tx done

17-A
U.Tc
Feposlon
+ 20 v. bolox

Very well tolerated

After on or

Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI
D50047
Specialist Dermatology

See

19/3/19

use glow / benzoin done
ice ice





use for used Gold Stamp

Doctor's Signature and Stamp

Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI
D50047
Specialist Dermatology

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT BALANCE	SIGNATURE	
3/12/18	7 hr Full Body (AFA)			
3/1/2019	Scaling & Polishing			
	Package			
3/1/19.	Pro facial all steps with mask			
12/1/19	Consultation			
18/3/19	SOFTLIFE Full FACE			 



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة precisely Kindly Answer the following questions

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input checked="" type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره / نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydrocortison on Site? Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلاليكوك أو الهيدروكورتيزون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بنق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No	هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لإشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحضرة تسمير؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?.....	ماهي المنتجات التي تستخدمونها / تستخدمها الجيرتك حاليا؟.....
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقا / نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج 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
مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المقهور.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد حرارة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصليات الشعر لتعمل قدرتها على إنهاء الشعر. وأفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وأنني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتف و التفت و الكريمات وإزالة الشعر بالشمع و الكي وأنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

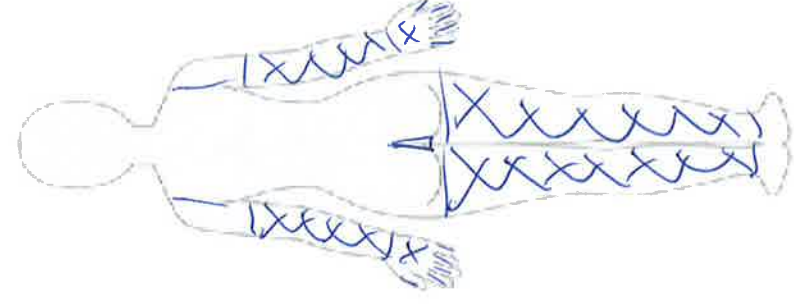
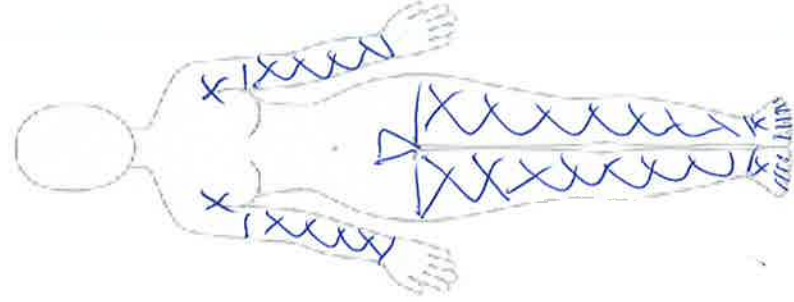
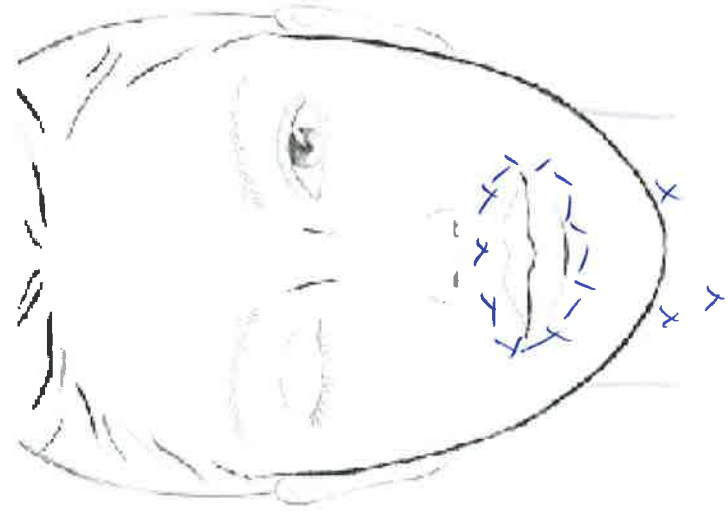
أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
أفهم أنه برغم التغيير الذي قد أظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستتلاشى خلال بضع ساعات الى عدة ايام 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 أتيحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص وأنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الإسم و التوقيع

.....
2018/12/31

Patient's Name: Sounia Harmoos اسم المريض
 File Number: رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No 1001392
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	31/12/18					
Treatment Area	Full Body					
Hair Type	MEDIUM					
Mode	ALEX					
Fluence	7J/cm ² / 15-17.5					
Pulse Type						
GNT Pulse						
Passes	1					
Starting Time	5 PM					
Finish Time	6:50 PM					
Post Treatment						

Therapist Name and Signature BESSIE



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,417.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002157

Date: 31-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001392 - SOUNIA ALHARMOOZI - 971506326006

The sum of Dhs. One Thousand Four Hundred Seventeen and Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,417.50 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Cheque No.

Date:

Be  ADVANCE FOR PACKAGE 2000(GOLD STAMP,FACIAL,SCALING) - NON REFUNDABLEMade by Ghada 

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

682.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002156)

Date:31-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001392 - SOUNIA ALHARMOOZI - 971506326006

The sum of Dhs. Six Hundred Eighty-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 682.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 31-12-2018

Being PACKAGE 2000(FULL BODY ONLY DONE)

Made by Ghada

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

63.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002177)

Date:03-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001392 - SOUNIA ALHARMOOZI - 971506326006

The sum of Dhs. Sixty-Three 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 63.00

Bank: Cheque No.

Date: 03-01-2019

Being PACKAGE 2000

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

199.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002178)

Date:03-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001392 - SOUNIA ALHARMOOZI - 971506326006

The sum of Dhs. **One Hundred Ninety-Nine 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 **199.50**

Bank: Cheque No.

Date: **03-01-2019**Being **PACKAGE 2000**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

1,155.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002214)

Date:06-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001392 - SOUNIA ALHARMOOZI - 971506326006

The sum of Dhs. One Thousand One Hundred Fifty-Five 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 1,155.00

Bank: Cheque No.

Date: 06-01-2019

Being PACKAGE 2000

Made by Ghada

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

ID 120119-2 | Height 154cm | Age 46 | Gender Female | Test Date & Time 12.01.2019. 19:26

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	27.1 (26.0~31.8)
For building muscles	Protein (kg)	7.2 (6.9~8.5)
For strengthening bones	Minerals (kg)	2.65 (2.40~2.94)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	32.1 (10.2~16.3)
Sum of the above	Weight (kg)	69.1 (43.3~58.7)

InBody Score

57 / 100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight 51.0 kg
 Weight Control -18.1 kg
 Fat Control -20.4 kg
 Muscle Control +2.3 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.91

Visceral Fat Level

Level 16

Research Parameters

Fat Free Mass 37.0 kg
 Basal Metabolic Rate 1169 kcal (1404~1634)
 Obesity Degree 136 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1513 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	122	Gateball	131
Walking	138	Yoga	138
Badminton	156	Table Tennis	156
Tennis	207	Bicycling	207
Boxing	207	Basketball	207
Mountain Climbing	225	Jumping Rope	242
Aerobics	242	Jogging	242
Soccer	242	Swimming	242
Japanese Fencing	346	Racketball	346
Squash	346	Taekwondo	346

* Based on your current weight
 * Based on 30 minute duration

Results Interpretation QR Code

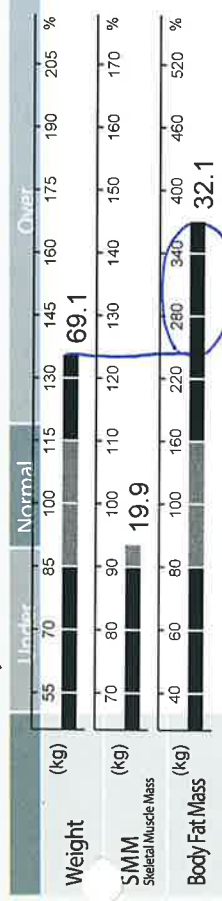
Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.



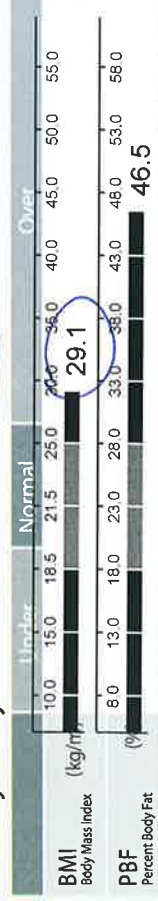
Impedance

RA LA TR RL LL
 Z(42) 20 kHz | 420.9 439.0 26.8 282.0 283.0
 100 kHz | 380.7 397.2 22.9 254.8 256.0

Muscle-Fat Analysis



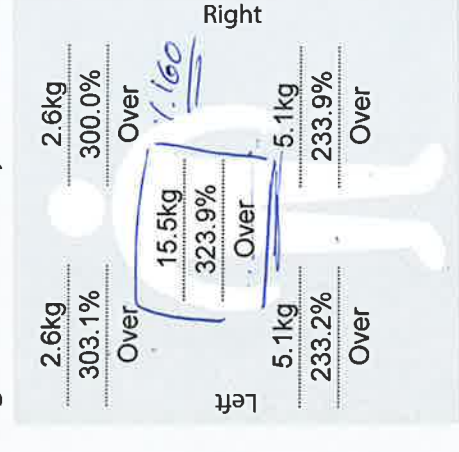
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	69.1
SMM (kg)	19.9
PBF (%)	46.5

* Segmental fat is estimated.



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 514.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-0030001)

Date: 17-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001392 - SOUNIA ALHARMOOZI - 971506326006

The sum of Dhs. **Five Hundred Fourteen Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **514.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Date: 17-03-2019

Cheque No.

Being **GOLD STAMP + 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 : 1001392 - SOUNIA ALHARMOOZI - 971506326006

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 425.25

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003008)

Date:18-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001392 - SOUNIA ALHARMOOZI - 971506326006

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 425.25 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 18-03-2019

Being SOFT LIGHT FULL FACE + VAT (10 DISCOUNT WAFFER CARD)

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 : 1001392 - SOUNIA ALHARMOOZI - 971506326006

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



GOVERNMENT OF SHARJAH

حكومة الشارقة

WAFER CARD PROGRAM

بطاقة برنامج وافر

سونيا عبدالعزيز عبد الرحمن

Sounia Abdulaziz Abdulrahman

دائرة الموارد البشرية

Directorate of Human Resources

W.ID: 4

ID: 95

وافر
Waffer

شعارات وافي حكومت الشارقة
SHARJAH GOVT. EMPLOYEES DISCOUNTS