



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 08/01/2019

File Number: 1001397

Patient Name: Amani Abdelqadir Almagam

إسم المريض:

Date Of Birth: 08/04/1994

Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality: (الجنسية): S.A.E

Occupation: (الوظيفة):

Address: (العنوان): Ajman

Phone No. (رقم الهاتف): 0555939935

E-MAIL: (البريد الإلكتروني): amany@ajman.gov.ae

How did you know about us: (كيف عرفتكم):

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



### 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 الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمور 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 لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات 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
- 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 قدمته لدي قمضي للملف صحيحة و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن 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 بكامل ارادتي

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

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg      Height (الطول): cm      Blood Type (نوعية الدم):  
Pulse (النبض): ppm      Blood Pressure (ضغط الدم): /      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 , ادخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings      الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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            | Amami,Abdelqadir,Ismail,Nueman,Almaazmi | IDN:              | 784199475494169                 | Mother Name:      | Jameela   |
| Name (Ar)       | امامي،عبدالقادر،إسماعيل،نعمان،المازني   | Card Number:      | 090948555                       | Mother Name (Ar): | جميلة     |
| Title:          |   | Nationality (Ar): | ARE<br>الإمارات العربية المتحدة | Family ID:        | 401010770 |
| Issue Date:     | 23/09/2018                              | Sex:              | F                               | Sponsor Type:     |           |
| Expiry Date:    | 23/09/2028                              | Date of Birth:    | 08/04/1994                      | Sponsor Name:     |           |
| Marital Status: | 02                                      | Husband IDN:      |                                 | Sponsor Number:   |           |
| Residency Type: |   | Residency Number: |                                 | Residency Expiry: |           |
| ID Type:        | ID                                      | Occupation:       | 11                              | Occupation Field: | 00        |



Photo

Signature Image

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

1/2/2019





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

|   |  |
|---|--|
| How do you better describe your skin Type<br><input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned<br><input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned<br><input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned<br><input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned | ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟<br><input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الأسمرار<br><input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الأسمرار<br><input checked="" type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الأسمرار<br><input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الأسمرار |
| Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No<br>No  | هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدر؟ نعم / لا<br><input checked="" type="checkbox"/> لا<br><input type="checkbox"/> نعم  |
| Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No<br>No  | هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو قروحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا<br><input checked="" type="checkbox"/> لا<br><input type="checkbox"/> نعم   |
| Have you Taken Akutan or Isotretinoin in the last 6 months? Yes/ No<br>No   | هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينوين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا<br><input checked="" type="checkbox"/> لا<br><input type="checkbox"/> نعم   |
| Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes / No<br>No  | هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟<br><input checked="" type="checkbox"/> لا<br><input type="checkbox"/> نعم  |
| Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No<br>No   | هل قمت بتف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا<br><input checked="" type="checkbox"/> لا<br><input type="checkbox"/> نعم  |
| Did you get exposed to sun or got tanned lately? .....<br>No/ Did you use any tanning products? Yes / No<br>No  | هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة صمغية؟ .....<br><input checked="" type="checkbox"/> لا<br><input type="checkbox"/> نعم  |
| Do you Have any tattoos on site? Yes / No<br>No   | هل لديك أي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا<br><input checked="" type="checkbox"/> لا<br><input type="checkbox"/> نعم  |
| Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No<br>No   | هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا<br><input checked="" type="checkbox"/> لا<br><input type="checkbox"/> نعم   |
| What products you are using for your skin recently? .....   | ماهي المنتجات التي تستخدمها ليرشرك حاليا؟ .....  |
| Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No<br>No   | هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقة؟ نعم / لا<br><input checked="" type="checkbox"/> لا<br><input type="checkbox"/> نعم  |
| For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No<br>No   | هل أنت حامل؟ نعم / لا<br><input checked="" type="checkbox"/> لا<br><input type="checkbox"/> نعم  |
| Have you done any permanent make up? Yes / No<br>No   | هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا<br><input checked="" type="checkbox"/> لا<br><input type="checkbox"/> نعم   |

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 ..... الطارئة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المحفور.  
 أفهم أن أشعة الليزر تنتج طبقا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قديريا على انهاء الشعر.

أفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المريض بتعليمات العلاج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و اني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتف والكريبات وإزالة الشعر بالشمع و الكي و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتشمير أو استخدام مستحضرات التجميل لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- التشمير و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات و المساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أفهم أنه برغم التغيير الذي قد يحدثه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية

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

أقر أنه قد أتيتحت لى الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لى. و اني تجاوزت القائمة عشر من عمري او حصلت على موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانونى.

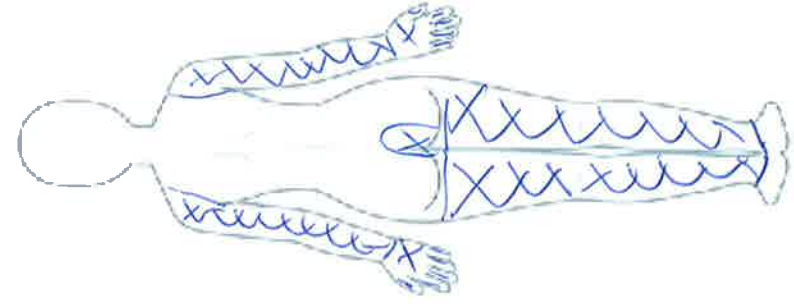
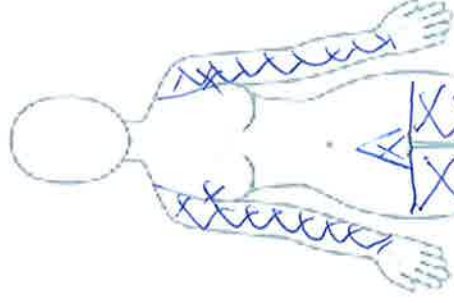
الاسم و التوقيع

.....

التاريخ

... / ... / .....

Patient's Name: Anwar Al Maazni اسم المريض  
 File Number: # 700397 رقم الملف  
 Pain Relief given? Yes / No Evaluation and consent form completed? Yes / No  
Pretreatment photography taken? Yes / No



Bikini pending  
 done on 10/11/19  
 Area

|                | Session 1    | Session 2       | Session 3 | Session 4 | Session 5 | Session 6 |
|----------------|--------------|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Treatment Date | 2/1/19       | 12/2/19         |           |           |           |           |
| Treatment Area | Full Body    | Same            |           |           |           |           |
| Hair Type      | Medium       | DPI FDP         |           |           |           |           |
| Mode           | ALEX         | 18 stroke BT    |           |           |           |           |
| Fluence        | 7J/15        |                 |           |           |           |           |
| Pulse Type     | 10/1/19      | Bikini 130 J/15 |           |           |           |           |
| CNT Pulse      | 120/20 (20p) |                 |           |           |           |           |
| Passes         | 1            | 2               |           |           |           |           |
| Starting Time  | 5:30 PM      | 5:40 PM         |           |           |           |           |
| Finish Time    | 6:50 PM      | 7:15 PM         |           |           |           |           |
| Post Treatment | MESO         |                 |           |           |           |           |

\* PATIENT NOT SHAVED

Therapist Name and Signature BESSIE





مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002170)

Date: 02-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001397 - AMANI ALMAAZMI - 971505939935

The sum of Dhs. Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash **997.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 02-01-2019

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

17.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002280)

Date:10-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001397 - AMANI ALMAAZMI - 971505939935

The sum of Dhs. Seventeen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 17.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 10-01-2019

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 أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002634)

Date:12-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001397 - AMANI ALMAAZMI - 971505939935

The sum of Dhs. One Thousand Fifty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,050.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 12-02-2019

Being package 1000 aed includes facial 1 session + full body without front and back1 session vikini laser + scalling polishing + carbon laser 1 session

Made by FATEN

---

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 630.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002952)

Date:12-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001397 - AMANI ALMAAZMI - 971505939935**

The sum of Dhs. **Six Hundred Thirty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **630.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date: **12-03-2019**

Being **ZOOM WHIENING WITH HOME KIT**

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 : **1001397 - AMANI ALMAAZMI - 971505939935**

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