



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 15 / 1 / 2019
File Number: 1001479
Patient Name: Wa Khra Batool
اسم المريض:
Date Of Birth: 30 / 3 / 1979 Gender: M / F (M) Marital Status: (الحالة الاجتماعية):
Nationality: Pakistan Occupation: (الوظيفة):
Address: Sha. J. Gal. Phone No. (رقم الهاتف): 0504938565
How did you know about us: Friend
E-MAIL:

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

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO

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	Fakhira Batool,Syed,Shoaib Ali,Shah	IDN:	784197950327383	Mother Name:	
Name (Ar)	فاخره بتول سيد شبيب علي شاه	Card Number:	090966420	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	PAK پاکستان	Family ID:	
Issue Date:	24/09/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	13/09/2021	Date of Birth:	30/03/1979	Sponsor Name:	سيد شبيب علي سيد ابيدات
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	54310185
Residency Type:	03	Residency Number:	20120063079613	Residency Expiry:	13/09/2021
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

1/15/2011



precisely Kindly Answer the following questions

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Little Burned , Always Tanned	<input 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 نوب أو جدرة ؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو قروح في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotretinone 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 Hydroquinone on Site? Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكينون 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? No	هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة 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 وشم / 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?	ملهي المنتجات التي تستخدمونها / تستخدمها الجيرك 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 الوجه؟ 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 بقدمي الى مركز أوركيد الطبي/ العارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور. أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر تعمل قدرتها على انهاء الشعر. وأتفهم 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. وإني علم على كامل بكافة الطرق البنية لإزالة الشعر كالمسحوق و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر باني 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 عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

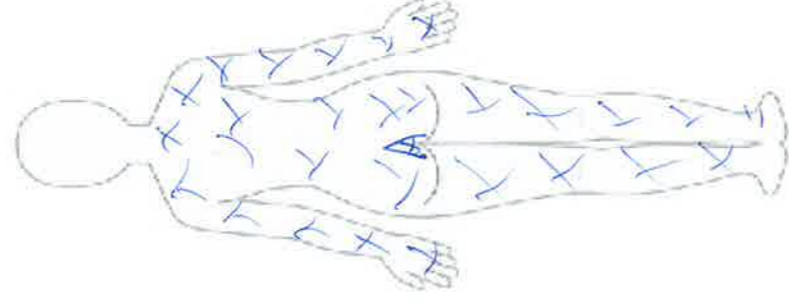
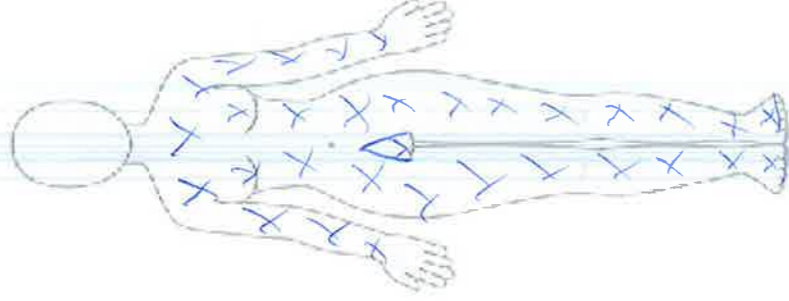
الأعراض الجانبية
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الي عدة ايام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
أقر أنه قد أتحت لي الفرصة للاستشارة و توجيه الأسئلة الي المعالج المختص و أني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. و أني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الإسم و التوقيع

التاريخ

... / ... /

Patient's Name: **FAKHRA BATOOL** إسم المريض
 File Number: **# 1001979** رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No Yes No Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No Yes No Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	15/1/19	23/2/19	20/4/19	20/7/19		
Treatment Area	Full Body + THICK / M / DARK / M / THICK / DARK	Full Body + Full Body	Full Body + Full Body	F-FACE AXILLA BIKINI FULL ND YAG		
Hair Type	ND YAG / 20 SPOT	ALEX / YAG	VIKINI	ND YAG		
Mode	15/20ms / 15ms	7/12-13 / 11-15	DPI / FDP	88 / 20ms		
Fluence	Bikini 12J/20	FACE 6/12	16-18	FACE 18/15ms		
Pulse Type	FACE - 23J/15		BURST / SHORT			
CMT Pulse	FACE - 23J/15					
Passes	3 PM					
Starting Time	3 PM	4:20 PM	12:45 PM	1 Pass		
Finish Time	4:45 PM	6 PM	2:30 PM	18:45N		
Post Treatment	Meho + Fuelicent	Meho + Fuelicent	Meho + Fuelicent			

Preana. Preu.
 ↓ up to front and back

Therapist Name and Signature



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.

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 يتكشف 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 لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً 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 الالام أو الحساسية المرضية.
- 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 قمته لدى فتحني الملف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً 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 إرادتي

Patient's Signature / Guardians (In case of minors):

Date: ... / ... /

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

التاريخ: ... / ... /

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 للمستشفى

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة والسريية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

16/11/2019

- Free Coupon has been For scaling
& polishing.

Dr. Dahi

Doctor's Signature and Stamp

.....



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,207.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002331)

Date:15-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001479 - FAKHRA BATOOL - 971504938565

The sum of Dhs. One Thousand Two Hundred Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,207.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 15-01-2019

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

1,207.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002737)

Date:23-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001479 - FAKHRA BATOOL - 971504938565

The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Seven Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,207.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **23-02-2019**

Being **FULL BODY WITH FRONT AND BACK**

Made by **Rana**

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



مركز أوركيدي الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 5,145.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003398)

Date: 20-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001479 - FAKHRA BATOOL - 971504938565

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 5,145.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 20-04-2019

Being FULL BODY PKG 12 SESSION+ VAT

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 : 1001479 - FAKHRA BATOOL - 971504938565

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

www.omcl.ae

Refund Plan

Amount : 5145

1 Session : 787.5

 4357.5

Refund fee 5% -

 4139.6

AED Tabc Remded

Fakhra Batool



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 5,145.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003398)

Date:20-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001479 - FAKHRA BATOOL - 971504938565

The sum of Dhs. **Five Thousand One Hundred Forty-Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **5,145.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 20-04-2019

Being **FULL BODY PKG 12 SESSION+ VAT**

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 : 1001479 - FAKHRA BATOOL - 971504938565

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



LPOxTFnK5TS8RZZOPf6H

EI SHARJAH ROLLA



الإمارات الإسلامية
EMIRATES ISLAMIC
Business Banking

Date 22/04/2019 تاريخ

Pay Against This Cheque to or Bearer
Fakhra Batool Syed Shaid Ali Shah دفعو لموكل هذا الشيك إلى
or Bearer

Dirhams Four Thousand one Hundred and Thirty Nine فقط

Nine only

ORCHID MEDICAL CENTRE
A/C No. 3708204945401
AE65 0340 0037 0820 4945 401

مصرف الإمارات الإسلامية
Emirates Islamic Bank P.J.S.C.

Do Not Write Below This Line

التوقيع

١١٠٠٠٠٣١٨١: 2034 30 2 2 ١١: ٨ 2019 4 540 ١١

AED 4139/-

Signature

Zaheer Syed
22/04/2019

Fakhra Batool

Merchant Settlement Advice

AccountID : 784200045762
ORCHID MEDICAL CENTRE
 201 AL KHAN PALACE TOWER
 AL KHAN84088
 SHARJAH,
 E-Mail:accounts@jms.ae,accounts@jms.ae

Statement Date: 20-Apr-2019
 Settlement Type: Central bank payment
 Account Number: AE650340003708204945401
 Account Title: ORCHID MEDICAL CENTRE
 Bank: EMIRATES ISLAMIC BANK
 Branch: EMIRATES ISLAMIC BANK

Opening balance: AED 0.00	Today's net amount: AED 12,421.74	Today's net payment: AED 12,421.74	Closing balance: AED 0.00
---------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	---------------------------

SETTLEMENT SUMMARY BY CARD TYPE

Card Type	Transaction Type	Transaction Count	Amount in Transaction Currency	Amount in Billing Currency	Commission Amount	VAT Amount	Net Total
MASTERCARD	PURCHASE	6	AED 5,910.50	AED 5,910.50	AED -127.08	AED -6.36	AED 5,777.06
VISA	PURCHASE	4	AED 6,765.00	AED 6,765.00	AED -114.59	AED -5.73	AED 6,644.68
TOTAL		10		AED 12,675.50	AED -241.67	AED -12.09	AED 12,421.74

Visa and Mastercard Break-up

Card Product	VISA				MASTER CARD			
	Count	Amount in Billing Currency	Commission	VAT Amount	Count	Amount in Billing Currency	Commission	VAT Amount
Premium	3	AED 1,620.00	AED -34.84	AED -1.74	6	AED 5,910.50	AED -127.08	AED -6.36
Standard	1	AED 5,145.00	AED -79.75	AED -3.99	0	AED 0.00	AED 0.00	AED 0.00
TOTAL	4	AED 6,765.00	AED -114.59	AED -5.73	6	AED 5,910.50	AED -127.08	AED -6.36



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004440)

Date:20-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001479 - FAKHRA BATOOL - 971504938565

The sum of Dhs. Seven Hundred Thirty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 735.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 20-07-2019

Being BIKINI + UNDER ARMS + FULL FACE LASER + VAT

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 : 1001479 - FAKHRA BATOOL - 971504938565

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

www.omc1.ae