



Date: 21/01/2019

File Number: 1001499

Patient Name: Tahani Ali Mohamed

إسم المريض: 1001499

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 06/12/1993

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Gender (الجنس): M (F)

Nationality (الجنسية): Yemen

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Shajda

Phone No. (رقم الهاتف): 0501330929

E-MAIL: glg@yemal.com

How did you know about us:

التاريخ الطبي

Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If YES give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
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	جلدية 6 اكزيم
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطيت من أي أمراض؟		لا	
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 مميعات الدم؟		لا	
Anemia, Leukemia انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)		لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى		لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطيت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتحق للحمل؟ هل تعطين من مشاكل في النورة الشهرية؟		لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، 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 تعاطيت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطيت من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		لا	
Other conditions HSV, HIV...etc	هل تعاطيت من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	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
أتفهم ان 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 تذكر في الفحص
الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج بإخضاع كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم
خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتنتج 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 الي مضاعفات
كالالتهاب أو التوريم أو التزيف 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 ان كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي لتسهي للملف صحية و
أتفهم ان أي معلومات تتعلق بياتي 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
انني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و انني وقعت عليه بكامل ارادتي

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

Tahani ali
22-01-2019

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg
Pulse (النبض): ppm
Height (الطول): cm
Blood Pressure (الضغط الدم): /
Blood Type (نوعية 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 ، ايدخال 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

File No:

Date: / /

خطة العلاج Treatment Plan

Doctor's Signature and Stamp

.....





PATIENT NAME:

FILE NO#:




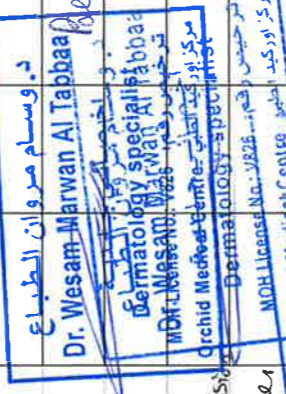










DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
19/3/20	LHR full body (Deba)	مبلغ 30000 30000	30000	[Signature]

مركز أوركيدي الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER
Dejma
MOH License No. 65
Orchid Medical Center



PATIENT NAME: Tahani Ali

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	SIGNATURE
22/11/19	LHR FULL BODY		
23/11/19	LHR Full BODY 2nd		
	Full body Pkg		
	Remainder - 10 Session		
27/13/19	FULL BODY LHR		
27/4/19	Full BODY LHR (VIKINI)		
25/05/19	LHR Full BODY (VIKINI) 8th Session done		
01/07/19	LHR Full BODY (VIKINI)		
27/07/19	LHR Full BODY (VIKINI)		
25/09/19	LHR - Full body - 8th		
23/10/2019	Laser consultation		
23/10/19	LHR - Full body (VIKINI)		
23/10/19	2 composite filling		
	76		
17/02/20	LHR - Full body (Del)		

precisely Kindly Answer the following questions *يرجى الاجابة على الاسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type <input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلا الاسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عنبية الاسمرار <input type="checkbox"/> قليلا الاحترق , دائمة الاسمرار <input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , 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 Isotretinoin in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينين 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 الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتفك أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No	هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة ؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية ؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشربك حاليا؟
What products you are using for your skin recently?.....	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكيكاج دائم للحيه؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	

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 لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء يولد طاقة ذات طول موجي معين تمنع امتصاصها في الأصبغ الموجودة في بصيلة الشعر لتحمل قوتها على انهاء الشعر.

وأفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالشمع والتفك والكريمات وإزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تفهيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفك قبل العلاج ب ٦ أسابيع على الأقل.

- الوشم و التاتو و المكيكاج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

- يجب اعطاء 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.

أفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألمحظه 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 إلى عدة أيام 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 أتيت لي الفرصة لاستشارة و توجيه الاستشارة إلى المعالج المختص و إنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. و إنني تجاوزت التامة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الإسم و التوقيع

التاريخ

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

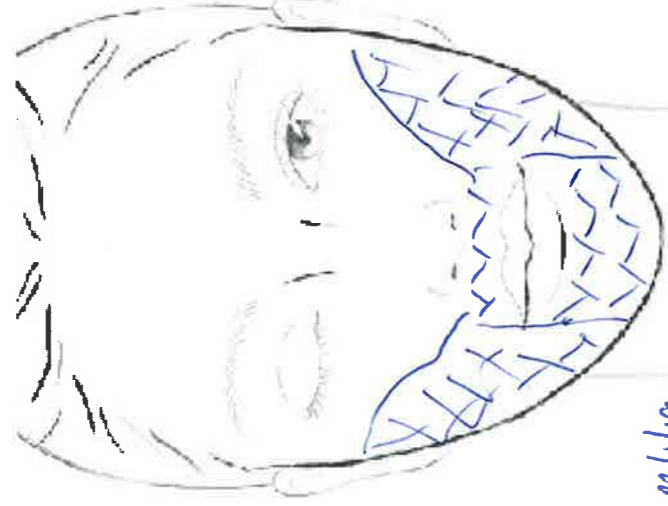
Patient's Name: Tahani Ali اسم المريض

File Number: رقم الملف

Pain Relief given? Yes / No

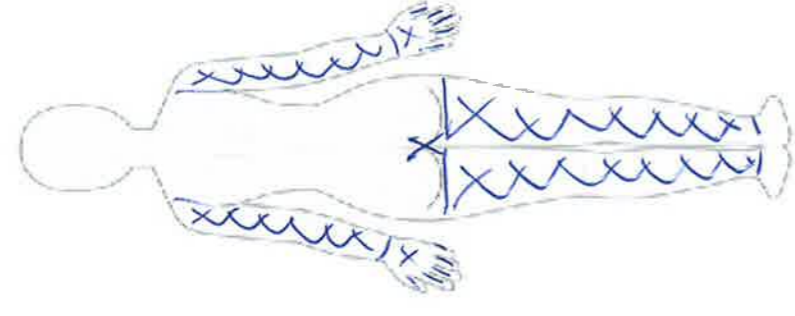
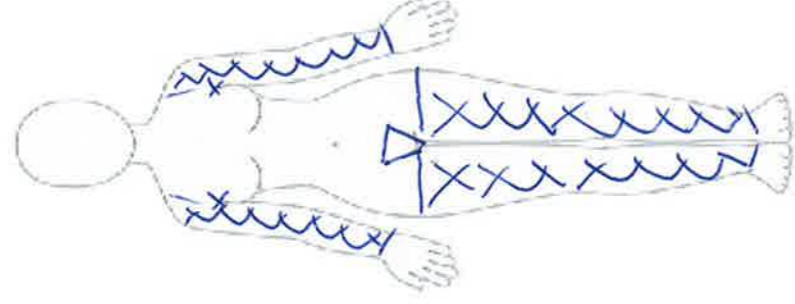
Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No



02/1/19

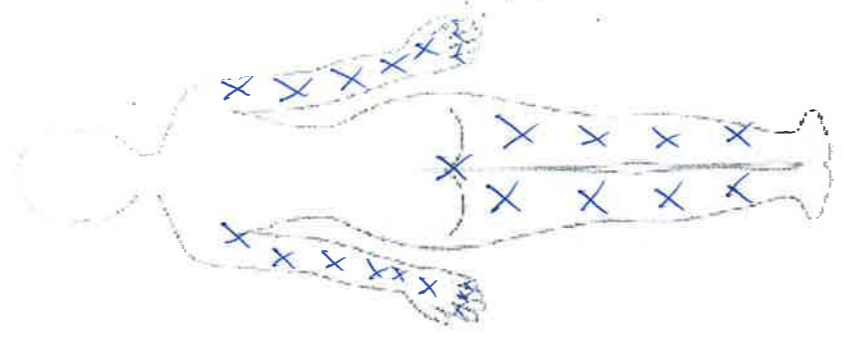
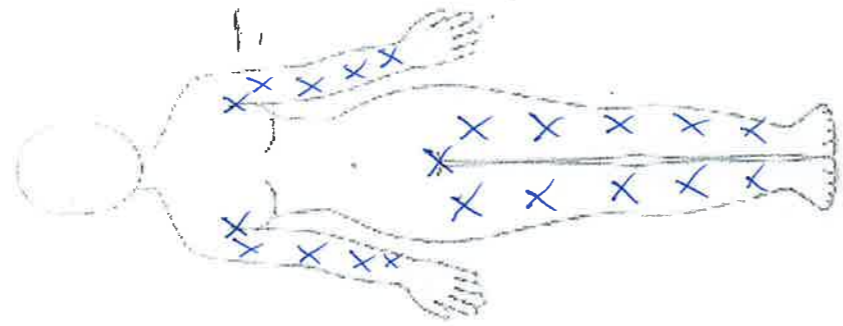
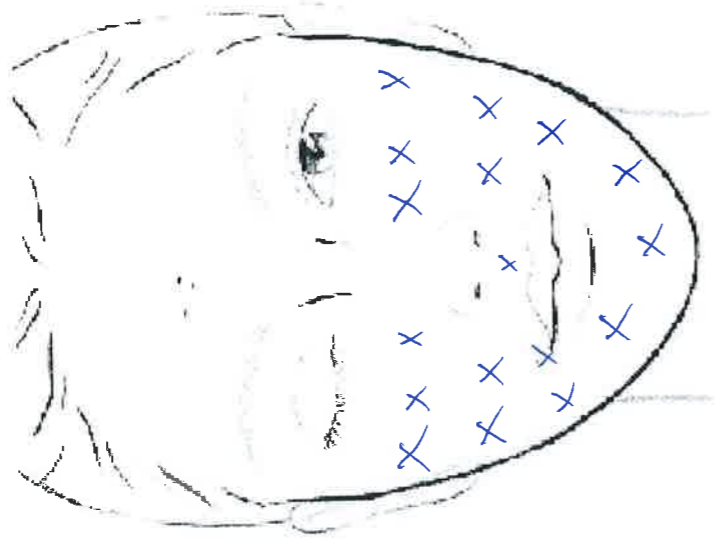
* U. UP NOT DONE ; DID THUNDERBOLT 1 WEEK AGO



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	22/1/19	23/2/19	02/03/19	02/04/19	02/05/19	01/07/19
Treatment Area	FULL BODY	FULL BODY	Full BODY	Same	Same	Same
Hair Type	DARK	DARK	DARK, MEDIUM	Same	Dark/fine	Medium
Mode	DPI / FDP	DPI / FDP	DPI, FDP	Same	DPI / FDP	DPI / FDP
Fluence	18-20J / 6J	20J / 6J	18 J/cm ² / 6J	Same	16J	20J / SHORT
Pulse Type	SHORT	SHORT	SHORT, BURST	SHORT	BURST	SHORT
CNT Pulse					6 / SHORT	6J / SHORT
Passes	2 / 1	2 / 1	2	2	2	2
Starting Time	5:30 PM	4:15 PM	10:30 AM	10:00 AM	11:35 AM	4:20 PM
Finish Time	6:30 PM	6 PM	12: PM	11:45 AM	1 PM	5:40 PM
Post Treatment	FUCICORT	BUSCONE / ANI	MEBO	MEBO	MEBO	HIRUDODIOL

Therapist Name and Signature BUSSEHE / DEENA

Patient's Name: Tahani Ali اسم المريض
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 File Number: رقم الملف
 Pretreatment photography taken? Yes / No



7th
 ON 31-8-19

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	27/07/19	25/09/19	23/10/19	17/02/20	19/12/20	11/1/21
Treatment Area	FULL BODY	Same	Same	Same	full body	
Hair Type	Soft	Soft	Soft/Med	Soft/Med	Soft	
Mode	DPI/FDP	DPI/FDP	DPI/FDP	Soft/Med	Soft	
Fluence	20J/SHORT	20J/SHORT	20J/SHORT	20J/SHORT	20J/SHORT	
Pulse Type	6J/SHORT	6J/SHORT	6J/SHORT	6J/SHORT	6J/SHORT	
CNT Pulse	2	2	2	2	2	
Passes	2	2	2	2	2	
Starting Time	5:50pm	1pm	11AM	12:20pm	16/15ms	
Finish Time	7:10pm	2:30pm	12:20pm	16J/15ms	16/15ms	
Post Treatment	FUACORT			HIRODOD	HIRODOD	

[Signature]

Therapist Name and Signature

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO*

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	Tahani Ali,Munassar,,Mohammed	IDN:	784199379157078	Mother Name:	Hamhema Salem
Name (Ar)	تهاني علي منصور,,محمد	Card Number:	089694176	Mother Name (Ar):	حممة سالم
Title:		Nationality:	YEM	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	اليمن		
Issue Date:	26/06/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	24/06/2020	Date of Birth:	06/12/1993	Sponsor Name:	ايد يحيى محمد احمد
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	39086193
Residency Type:	03	Residency Number:	20120183311005	Residency Expiry:	24/06/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

1/21/2019



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 5,145.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002381

Date: 21-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001499 - TAHANI MOHAMED - 971501330929

The sum of Dhs. Five Thousand One Hundred Fourty Five Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 5,145.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Cheque No.

Date:

Being ADVANCE 4900 AED FOR VIKINI PACKAGE - ONE YEAR PACKAGE - NON REFUNDABLE

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

5,145.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002389)

Date: 22-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001499** - **TAHANI MOHAMED** - 971501330929The sum of Dhs. **Five Thousand One Hundred Forty-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 **5,145.00**

Bank: Cheque No.

Date: **22-01-2019**

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

AED 300.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005615)

Date:23-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001499 - TAHANI MOHAMED - 971501330929

The sum of Dhs. Three Hundred Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 300.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 23-10-2019

Being 2 composite filling

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 : 1001499 - TAHANI MOHAMED - 971501330929

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