

InBody

Rose

ID 200128-4 | Height 156cm | Age 37 | Gender Female | Test Date / Time 28.01.2020. 16:28

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	34.2 (26.6~32.6)
For building muscles	Protein (kg)	9.0 (7.1~8.7)
For strengthening bones	Minerals (kg)	3.25 (2.47~3.01)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	35.1 (10.5~16.8)
Sum of the above	Weight (kg)	81.6 (44.5~60.1)

InBody Score

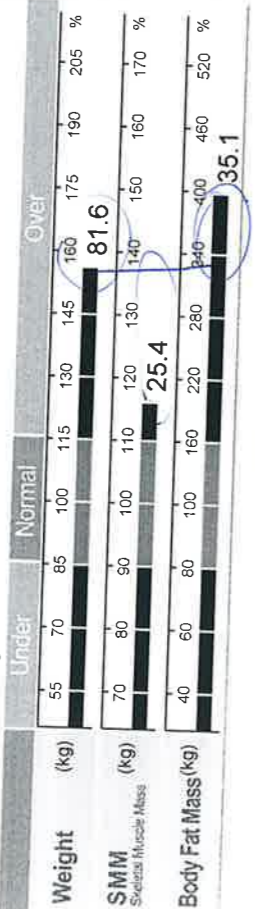
65 / 100 Points

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

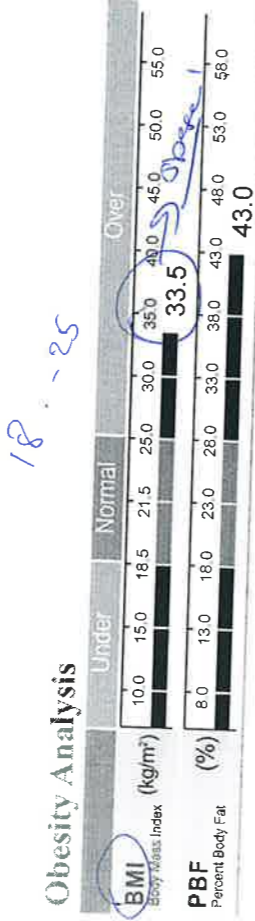
Weight Control

Target Weight 60.4 kg
 Weight Control -21.2 kg
 Fat Control -21.2 kg
 Muscle Control 0.0 kg

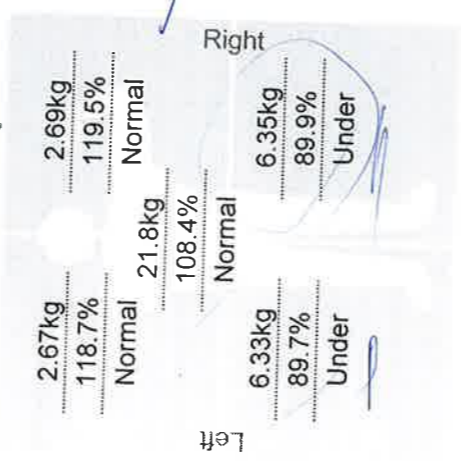
Muscle-Fat Analysis



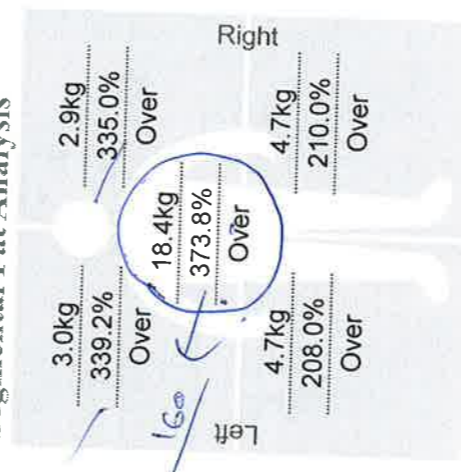
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Research Parameters

Fat Free Mass 46.5 kg
 Basal Metabolic Rate 1375 kcal
 Obesity Degree 156 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1722 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	144	Gateball	155
Walking	163	Yoga	163
Badminton	184	Table Tennis	184
Tennis	245	Bicycling	245
Boxing	245	Basketball	245
Hiking	266	Jumping Rope	286
Aerobics	286	Jogging	286
Soccer	286	Swimming	286
Japanese Fencing	408	Racketball	408
Squash	408	Taekwondo	408

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

Impedance

RA	LA	TR	RL	LL
Z(ω) 20 kHz	301.1	302.5	19.2	236.0
100 kHz	273.7	277.1	17.2	212.4

Body Composition History

Weight (kg)	81.6
SMM (kg)	25.4
PBF (%)	43.0

InBody

Yaser

ID 200128-5 | Height 177cm | Age 42 | Gender Male | Test Date / Time 28.01.2020. 16:47

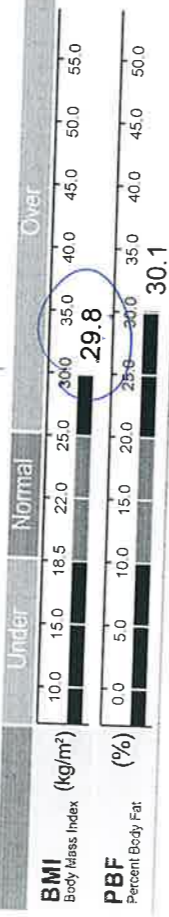
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	47.8 (38.8~47.4)
For building muscles	Protein (kg)	13.0 (10.4~12.6)
For strengthening bones	Minerals (kg)	4.38 (3.58~4.38)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	28.1 (8.3~16.5)
Sum of the above	Weight (kg)	93.3 (58.6~79.2)

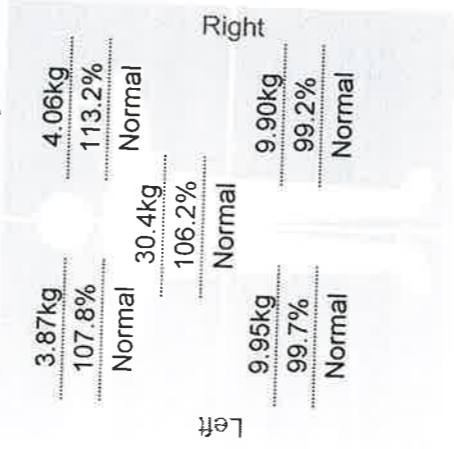
Muscle-Fat Analysis



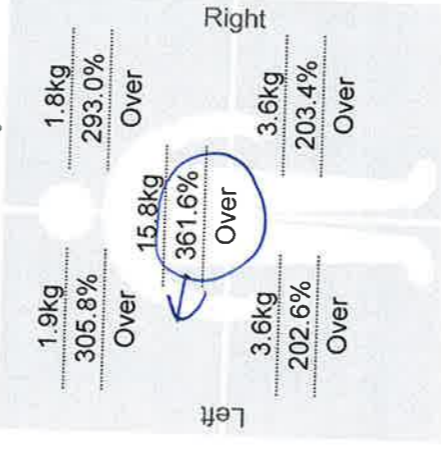
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	93.3
SMM (kg)	37.2
PBF (%)	30.1

InBody Score

70 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight 76.7 kg
 Weight Control 16.6 kg
 Fat Control 16.6 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

1.03

Visceral Fat Level

Level 12

Research Parameters

Fat Free Mass 65.2 kg
 Basal Metabolic Rate 1778 kcal
 Obesity Degree 135 % (90~110)
 Recommended calorie intake 2470 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	164	Gateball	177
Walking	187	Yoga	187
Badminton	211	Table Tennis	211
Tennis	280	Bicycling	280
Boxing	280	Basketball	280
Hiking	304	Jumping Rope	327
Aerobics	327	Jogging	327
Soccer	327	Swimming	327
Japanese Fencing	467	Racketball	467
Squash	467	Taekwondo	467

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

Impedance

Z(Ω) 20 kHz | 277.1 293.8 25.3 258.3 253.5
 100 kHz | 242.1 257.1 20.9 226.8 222.9

* Segmental fat is estimated.



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 27/1/2019

File Number: 1051527

Patient Name: Roaa Suliman

اسم المريض:

Date Of Birth: 10/6/1982 Gender: M (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: Syria

Phone No. (رقم الهاتف): 0529066880

Address (العنوان): Shaqfa

How did you know about us: Same building

E-MAIL:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details اذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	نعم	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، امراض اخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions HIV...etc هل تعاني من أي امراض أخرى؟ فيروس الأيدز، 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 الموهول.
- 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 أمورا 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 اي ضمانات او تأمين لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية او التجريبية المقدمة لي، كما اتفهم 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 الألم أو الحساسية المرضية.
- 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 لي قد بقي للملف صحية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم 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

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين) ~~Y~~ / N

Yes

Alcohol (الكحول) ~~Y~~ / N

Drugs (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

Dr. Daba

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
<u>28/11/2019</u>	Composite filling for 4 tooth	150		<u>Dr. Dakig</u>
<u>7/14/2019</u>	RCT For L5 tooth formacressl appl. + T.F (patient informed me that she has allergy to anaesthesia)	150		<u>Dr. Dakig</u>
<u>19/4/2019</u>	Second session for L5 tooth. (blocked cond) No pain only very little (T.F) only has been done!			<u>Dr. Dakig</u>



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

150.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002444)

Date: 28-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001527 - ROSE SULAIMAN - 971529066880

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **150.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 28-01-2019

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 150.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003255

Date: 07-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001527 - ROSE SULAIMAN - 971529066880**The sum of Dhs. **One Hundred Fifty Only**By Cash **150.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Doing **RCT FIRST SESSION**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

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