



Date: 31/1/2019 File Number: 1001536  
Patient Name: Maryam bin Hussain  
Date Of Birth: 1/3/1996 Gender: M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية)  
Nationality: UAE Occupation: (الوظيفة)  
Address: P.O. Box 123456789 Phone No. (رقم الهاتف): 58333355  
E-MAIL: A.Sadine@alsharaina.com How did you know about us: (كيف تعرفنا)

| التاريخ الطبي   |               |
|---|---------------|
| Medical Condition   | الحالة الطبية |
| Recent or current drugs/Medical Treatment<br>هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟   | No            |
| Corticosteroids/Immunosuppressant<br>هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟   | No            |
| Allergies<br>هل لديك أي حساسية؟   | No            |
| 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 | No            |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants<br>هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟  | No            |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم)   | No            |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other<br>أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى   | No            |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease<br>هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟  | No            |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems<br>هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟  | No            |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases<br>التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى   | No            |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other<br>قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟   | No            |
| Epilepsy or any other neurological disease<br>هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟   | No            |
| Thyroid Diseases, Diabetes<br>هل تعاني من مرض السكر أو أمراض الغدة الدرقية؟   | No            |
| Other conditions: HIV...etc<br>هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...etc  | 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: ٣٥ / ١ / ١٩

### 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 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 العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج 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 التورم 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 أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فحسي الملف صحياً و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا 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: ... / ... / .....

المقابلة تقييم العرق Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg      Height (الطول): cm      Blood Type (دم فصية):  
Pulse (النبض): ppm      Blood Pressure (دم ضغط): /      Blood Sugar (دم سكر):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، الخال للمستشفى

Smoking (التخين): 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: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....





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 type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار                                   |
| <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned                  | <input checked="" type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار                        |
| Have you ever had Scars or keloids? Yes / No                           | هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جذرة ؟ نعم / لا  |
| Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No | هل ظهر لديك حلا البسيط أو بثور أو قرحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا                         |
| Have you Taken Akutan or isotritonine 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 Hydroquenenon on Site?Yes/ No   | هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكينونين 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 بالشع 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 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?.....               | ماهي المنتجات التي تستخدمونها / تستخدمها لبشرتك حاليا؟.....<br><b>Waxing</b><br><b>شمع</b> |
| 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 انت 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

30 / 1 / 19

أقر أنا ..... 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.

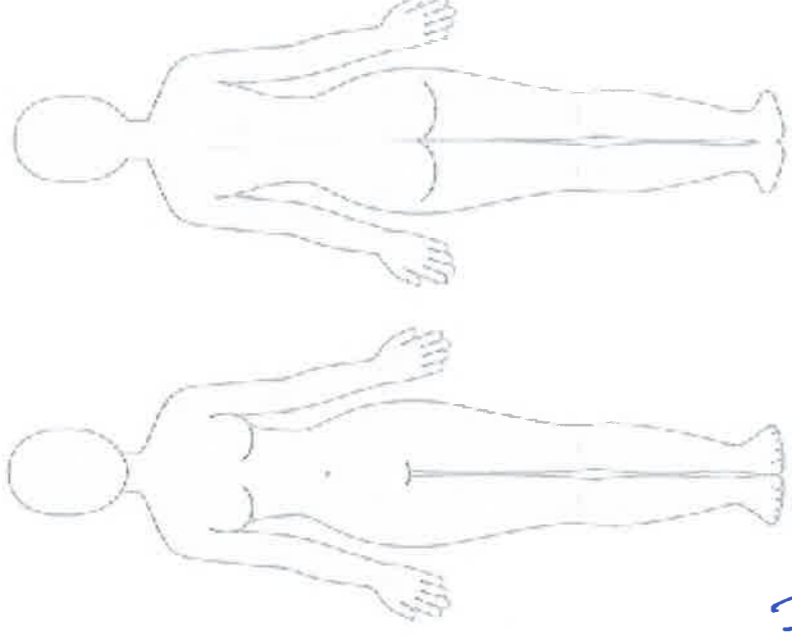
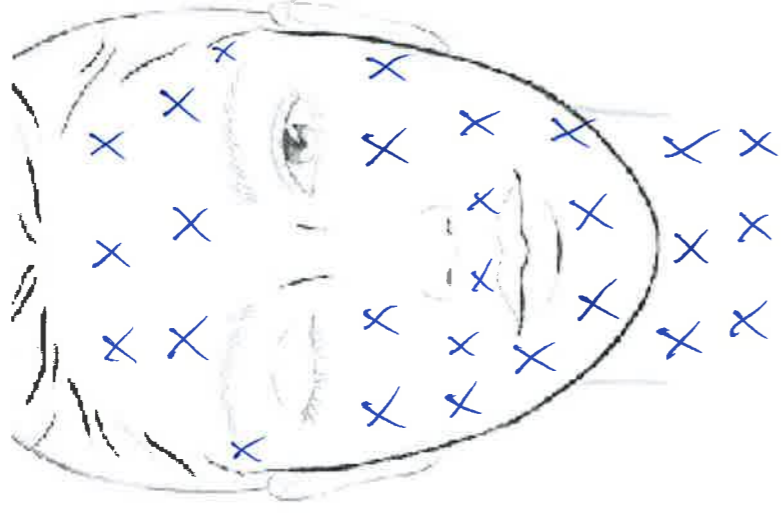
Side Effect  
side effects may include burning like redness. and it's possible to see some swelling or cracks. these side effects will fade away few hours to few days after treatment. hypo/hyperpigmentation is not common and it rarely last. it's advisable to avoid sun exposure. and to use sun protections.  
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.

الاسم و التوقيع

التاريخ

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

Patient's Name: Maayan Ali إسم المريض  
 File Number: ..... رقم الملف  
 Pain Relief given? Yes / No  /  Evaluation and consent form completed? Yes / No  
 Pretreatment photography taken? Yes / No  /  Pretreatment photography taken? Yes / No



(VIKINI)

|                | Session 1            | Session 2            | Session 3 | Session 4 | Session 5 | Session 6 |
|----------------|----------------------|----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Treatment Date | 30/01/19             | 2/3/19               |           |           |           |           |
| Treatment Area | FACE                 | Full face, neck      |           |           |           |           |
| Hair Type      | Coarse, dark         | Dark (Thick)         |           |           |           |           |
| Mode           | DP I                 | ND YAG               |           |           |           |           |
| Fluence        | 16 J/cm <sup>2</sup> | 16 J/cm <sup>2</sup> |           |           |           |           |
| Pulse Type     | BURST                | BURST                |           |           |           |           |
| CNT Pulse      |                      | 160/17ms             |           |           |           |           |
| Passes         | 2                    | 1 pass               |           |           |           |           |
| Starting Time  | 3:05 pm              | 3:50                 |           |           |           |           |
| Finish Time    | 3:20 pm              | 4:10                 |           |           |           |           |
| Post Treatment |                      | Melbo                |           |           |           |           |

Beens

Therapist Name and Signature Sh

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

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            | Maryam, Ali, Musabeh, Sharar, Ali | IDN:              | 784199525024248          | Mother Name:      | Hassena Mulla |
| Name (Ar)       | مريم علي مصطفى شارار علي          | Card Number:      | 088103609                | Mother Name (Ar): | حسينه مولا    |
| Title:          |                                   | Nationality:      | ARE                      | Family ID:        | 501001592     |
| Title (Ar):     |                                   | Nationality (Ar): | الإمارات العربية المتحدة |                   |               |
| Issue Date:     | 12/03/2018                        | Sex:              | F                        | Sponsor Type:     |               |
| Expiry Date:    | 12/03/2028                        | Date of Birth:    | 01/03/1995               | Sponsor Name:     |               |
| Marital Status: | 01                                | Husband IDN:      |                          | Sponsor Number:   |               |
| Residency Type: |                                   | Residency Number: |                          | Residency Expiry: |               |
| ID Type:        | ID                                | Occupation:       | 02                       | Occupation Field: | 00            |



Photo

Signature Image

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

1/30/2019





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002815)

Date:02-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001536 - Mariam Ali - 0565833352

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 315.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 02-03-2019

Being FACE + NECK LASER

Made by Rana

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002824)

Date:02-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001536 - Mariam Ali - 0565833352

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 157.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 02-03-2019

Being SCALING &amp; POLISHING + VAT

Made by Hiba

---

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)