



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 4/2/2019

File Number: 1001565

Patient Name: K.halaad

إسم المريض: 1001565

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / ... / ...

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): U.A.E

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Kalba

Phone No. (رقم الهاتف): 066.746.0067

E-MAIL:

How did you know about us:

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



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: ٤. / ٢. / ٢٠١٩

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 يكشف 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 باحتياز كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية 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 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 لدي فتحي الملف صحياً و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً 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: ٤. / ٢. / ٢٠١٩

Vital Signs

المؤشرات الحيوية

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 , احوال المستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N


Drugs (تعاظي العقاقير) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis



 Khofood Ali

 Government Of Sharjah

 Sharjah Ladies Club

ID : 720-19-H000625-00 YOB : 1991 Staff ID : 3183

 Validity : 01/01/19 to 31/12/19 Plan : Unified

MW : Comprehensive Incl. AHD Room : Private


 Maternity: No | Dental : Yes 30% Copay | Optical : No


 OP - Ded : PC: 10%, max. AED 30

 OP : 10% on all services including medicine

 OP : 20% at Zahra Hosp SHJ + DXB & Zahra MC

 IP & OP : 20% at Welcare, City Hosp. & American HD







 شركة التأمين الوطنية

Al-Buhaira National Insurance Co.

Toll Free Number For الرقم المجاني الخاص

 Government of Sharjah بموظفي حكومة الشارقة

 Employees 800 22642 (ABNIC)

Fax: 06-5696636 | Email: customerservice@albhaira.com

This card remains the property of Al-Buhaira National Insurance. It is not transferable and should be returned if the membership ceases. The validity of the card is subject to continuity of membership.

A comprehensive solution providing complete protection. www.albhaira.com



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

ما هو الوصف الأنسب لنع بشرتك؟ How do you better describe your skin Type	<input type="checkbox"/> دائماً المحترق , قليلة الاسمرار Always Burned , little tanned <input type="checkbox"/> دائماً المحترق , عديمة الاسمرار Always Burned, Never Tanned <input type="checkbox"/> قليلة المحترق , دائماً الاسمرار Little Burned, Always Tanned <input type="checkbox"/> نادراً المحترق , دائماً الاسمرار Rarely Burned, Always Tanned
هل ظهر لديك حلأ البسيط أو بثور أو قروحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	<input checked="" type="checkbox"/> لا No
هل تناولت عقار الأكيوتان / الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا Have you Taken Akutan or Isotretinone in the last 6 months? Yes/ No	<input checked="" type="checkbox"/> لا No
هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهاليدريكوتون في منطقة العلاج؟ Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes/ No	<input checked="" type="checkbox"/> لا No
هل قمت بتق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منة العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	<input checked="" type="checkbox"/> لا No
هل كنت تتعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحلصة تسميم؟ ... Did you get exposed to sun or got tanned lately?	<input checked="" type="checkbox"/> لا No
هل استخدمت مستحضرات تسميم البشرة؟ نعم / لا Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	<input checked="" type="checkbox"/> لا No
هل لديك اي وشموم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا Do you Have any tattoos on site? Yes / No	<input checked="" type="checkbox"/> لا No
هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	<input checked="" type="checkbox"/> لا No
ماهي المنتجات التي تستخدمينها / تستخدمها ليعثرتك حالياً؟ What products you are using for your skin recently?	لا يوجد None
هل أجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	<input checked="" type="checkbox"/> لا No
السيدات فقط: هل انت حامل؟ نعم / لا For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	<input checked="" type="checkbox"/> لا No
هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا Have you done any permanent make up? Yes / No	<input checked="" type="checkbox"/> لا 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:
I am 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
... / ... /

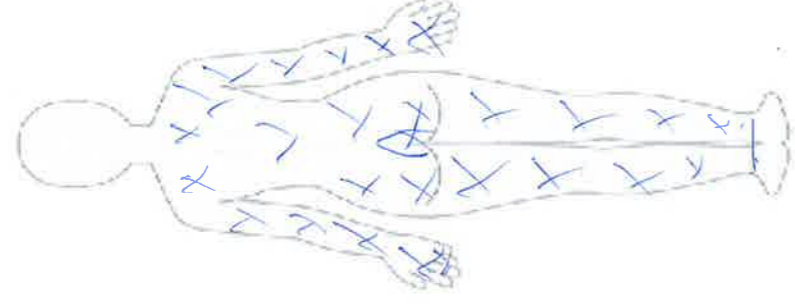
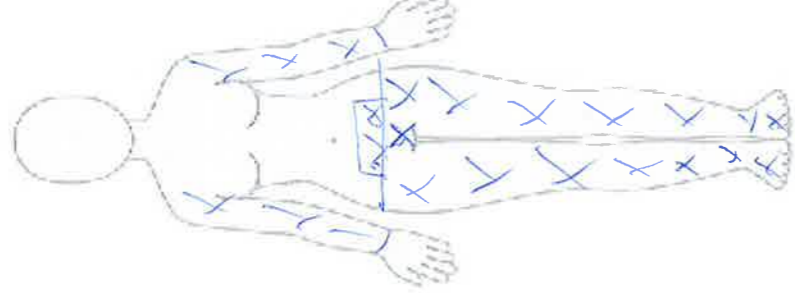
أقر أنا
مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.
وتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يبطل طاقة ذات طول موجي معين ضمن امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إنباء الشعر. وتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وإني علم على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالشمع والتفتف والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكلي وإني اخترت إزالة الشعر بالليزر.
أقر بانني قد تلقيت التعليمات التالية:
- لا يسمح بالشمع أو استخدام مستحضرات التسميم لمدة ٤-٦ أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفتف قبل العلاج ب ٦ أسابيع على الأقل.
- الوشموم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات والحساسية ونوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
اتفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه 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 والتشققات، وهذه الأعراض الجانبية ستتلاشى خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تنجم في حال حديثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
أقر أنه قد أتيت لي ألتصفت للاستشارة وتوجيه الأسئلة الى المعالج المختص وأني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. وأني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الإسم و التوقيع

التاريخ
... / ... / ٢٠١٩

اسم المريض: Khaled Ali
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 رقم الملف:
 Pretreatment photography taken? Yes / No

1001865



1 session f2 b remaining

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	4/2/19	23/3/19				
Treatment Area	Full body +	full body +				
Hair Type	M/T Hair	M/T Hair				
Mode	ALEX YAG	ALEX YAG				
Fluence	8 12-13	12-20				
Pulse Type	20 spot	20 spot				
CNT Pulse						
Passes	1					
Starting Time	4 PM	12:30 PM				
Finish Time	5:30 PM	2 PM				
Post Treatment	fluvind + Mebo	Mebo				

Therapist Name and Signature Devo



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,207.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002530)

Date:04-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001565 - KHOLOOD ALI - 971527460067

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 04-02-2019

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,207.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003046)

Date:23-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001565 - KHOLOOD ALI - 971527460067

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

By Cash **207.50** / By Credit Card **1,000.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **23-03-2019**

Being **FULL BODY PLUS DEKA + 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 : 1001565 - KHOLOOD ALI - 971527460067

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