



File No: 1001605

Date: 11/2/2017

Date: 11/2/2017

File Number: 1001605

Patient Name: Dalia Kham

اسم المريض: Singel

Date Of Birth: 27/03/1988 Gender: M / (F)

Marital Status: (اجتماعية) Single

Nationality: (الجنسية) Libanese Occupation: Sales

Address: (العنوان) Daba Phone No. (رقم الهاتف): 0526262162

E-MAIL: Dalia.kham@gmail.com How did you know about us: Sister

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

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 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 نكر 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 تامين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما اتفهم 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 تقوي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام 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 لدي قمتي الملف صحية، و اتفهم ان أي 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 ارادتي

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

Daha

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

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، احوال المستشفى

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: / /

Treatment Plan خطة العلاج
- full body laser session done

11/2/2019

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

Dalia,

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
11/2/19	LHR Full Body			
	4900 PKG			
	Shared with sister			
	Rouhich file: 1492			
	Remaining 5 sessions.			
	from 11/2/2019			
	Valid till 11/8/2019			
17/04/19	LHR Full body 3 rd Session done (VIKNI)			Bin.
	Baladee - 3.			
	-face by Deka (ALEX)			
20/5/19	LHR Full Body (VIKNI)			
15/07/19	LHR Full Body (VIKNI)			
28/10/19	LHR - Full body (VIKNI)			

د. وسام مروان الطيب
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
الخصائي الجلدية
Dermatology specialist

MOH License No.: V826
مركز أوركيده الطبي
Orchid Medical Center

د. وسام مروان الطيب
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
الخصائي الجلدية
Dermatology specialist

MOH License No.: V826
مركز أوركيده الطبي
Orchid Medical Center

الخصائي الجلدية
Dermatology specialist
MOH License No.: V826
مركز أوركيده الطبي
Orchid Medical Center

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	Dalia,,,Khazem	IDN:	784198869474282	Mother Name:	
Name (Ar)	داليا حازه,مخازم	Card Number:	089842334	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	LBN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	لبنان		
Issue Date:	04/07/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	01/07/2020	Date of Birth:	27/03/1988	Sponsor Name:	نصوى التجاره دم فرع
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120122302472	Residency Expiry:	01/07/2020
ID Type:	IL	Occupation:	1231	Occupation Field:	00



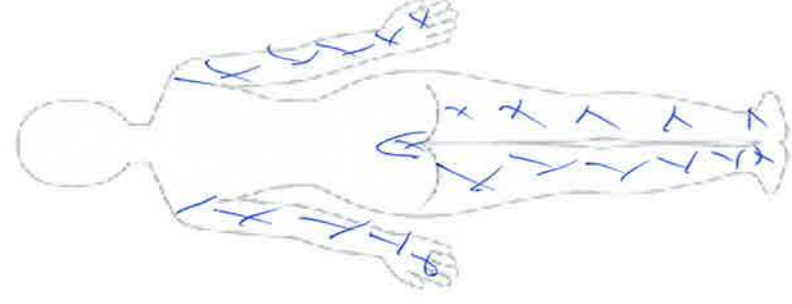
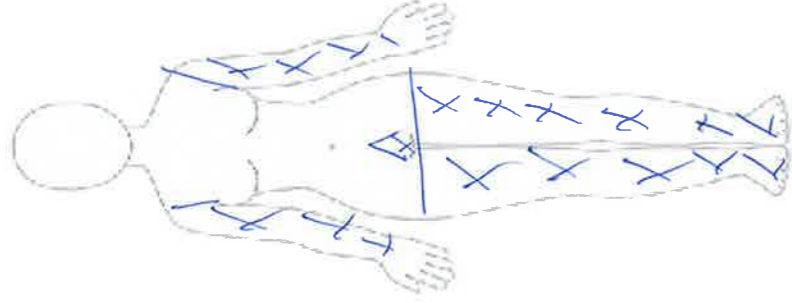
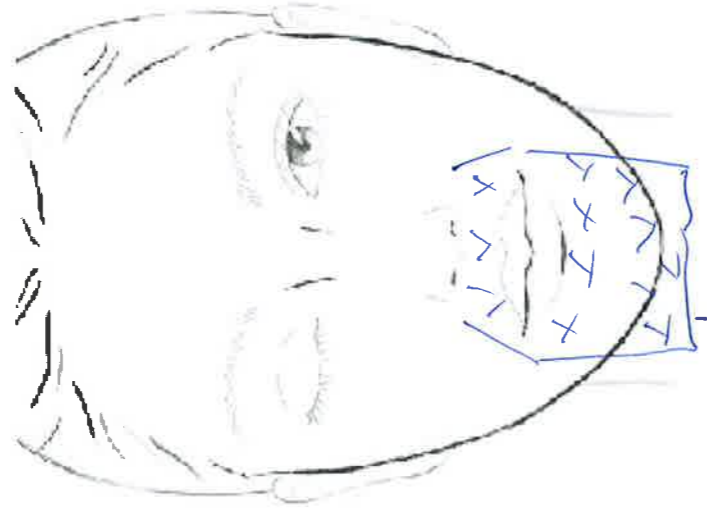
Photo

Signature Image

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

2/11/2019

Patient's Name: DALIA KHAZEM اسم المريض
 File Number: 1001605 رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No Pretreatment photography taken? Yes / No



3rd Session - Deka (Alex)

6J/18ms
7J/12ms

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	11/2/19	17/03/19	17/04/19	20/5/19	15/07/19	28/10/19
Treatment Area	Full Body	Full Body	Full Body	Full Body	Same	Same
Hair Type	MID DARK	Dark, coarse	Dark medium	DARK / M	Same	Med Dark
Mode	DPI FDP	DPI, FDP	DPI, FDP	DPI FDP	PP1/FDP	DPI/FDP
Fluence	18 J/cm ²	20 J/cm ²	22 J/cm ²	22 J/cm ²	20 J/cm ²	24 J/cm ²
Pulse Type	SHORT	SHORT	SHORT	SHORT	SHORT	SHORT
CNT Pulse	1 pass	2 pass	2 pass	2	2	6-7 SHORT
Passes						
Starting Time	3:30pm	3:50pm	10:45AM	10:45pm	6:30pm	6:30pm
Finish Time	5:15pm	5:20pm	12:15pm	12:15 AM	4:10pm	7:45pm
Post Treatment						

Handed
Dua

None

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

2,572.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002625)

Date:11-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001605 - DALIA Khazem - 971526262162

The sum of Dhhs. Two Thousand Five Hundred Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 2,572.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 11-02-2019

Being SISTERS PKG / 2, WHICH 6 SESSION FOR EACH- FILE # 1605&1492

Made by Ghada

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