



File No: .....

Date: 17/2/19

Date: ... / ... / .....

File Number: ١٥٥١٦٢٣

Patient Name: Ameni, Abchallah  
اسم المريض: أميني عبد الله علي

Date Of Birth (البيانات): 3/19/1988  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Nationality (الجنسية): Egypt  
الوظيفة: teacher

Address (العنوان): Sharaf  
Phone No. (رقم الهاتف): 0555.196946

E-MAIL: a.h.med@amani.159@khdg.gov.eg  
How did you know about us: Internet

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر 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 للعدا؟ Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني 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 للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (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 تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة 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 تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكر أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...etc	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 المؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي والتي 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 نتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجريبية 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 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي قد بقي للعلف صحية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بعائلتي 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): 65 Kg	Height (الطول): 154 cm	Blood Type (نمط الدم): 0
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (ضغط الدم): /	Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

فيلر

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ادخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة والسيرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

17-2-19

خطة العلاج Treatment Plan

AED 1800

2 ml for Tem Traugh

1 ml used Today

the other is for w-d. in sheets

Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI  
D50047  
Specialist Dermatology



Paid

2012 2<sup>nd</sup> 1ml filler  
in RT cheek  
for correction



Doctor's Signature and Stamp

*[Handwritten signature]*



يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية بشكل دقيق Kindly Answer the following Questions Precisely

هل أنت حامل أو تقيمين بالإرضاع حالياً؟ نعم / لا	هل أنت حاملاً أو تقيمين بالإرضاع حالياً؟ نعم / لا
هل لديك اي حساسية؟ نعم / لا	هل لديك اي حساسية؟ نعم / لا
هل تتلقى اي علاجات حالياً؟ نعم / لا	هل تتلقى اي علاجات حالياً؟ نعم / لا
إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....
هل قمت سابقاً بأي إجراء تجميلى؟ لا / لا	هل قمت سابقاً بأي إجراء تجميلى؟ لا / لا
هل قمت سابقاً بأي علاج باستخدام البوتكس او الفيلر؟ لا / لا	هل قمت سابقاً بأي علاج باستخدام البوتكس او الفيلر؟ لا / لا
إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....
ما هي المناطق التي قمت معالجتها ومتى؟.....	ما هي المناطق التي قمت معالجتها ومتى؟.....
هل عانيت من اي اعراض جانبية بعد العلاج؟.....	هل عانيت من اي اعراض جانبية بعد العلاج؟.....
هل عانيت من اي امراض مناعية؟ نعم / لا	هل عانيت من اي امراض مناعية؟ نعم / لا
هل تعاني من اي التهابات او امراض جلدية؟ نعم / لا	هل تعاني من اي التهابات او امراض جلدية؟ نعم / لا
هل تناولت اي ستيرويدات او اسبرين او مبيحات الدم؟ نعم / لا	هل تناولت اي ستيرويدات او اسبرين او مبيحات الدم؟ نعم / لا
هل تعاني من اي حساسية خصوصاً تجاه حشيش البازونيك او التخدير الموضعي او الليدوكين؟ نعم / لا	هل تعاني من اي حساسية خصوصاً تجاه حشيش البازونيك او التخدير الموضعي او الليدوكين؟ نعم / لا
هل تعاني من تضخم الثدي؟ نعم / لا	هل تعاني من تضخم الثدي؟ نعم / لا
هل تعاني من اي مشاكل او امراض قلبية؟ نعم / لا	هل تعاني من اي مشاكل او امراض قلبية؟ نعم / لا
إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....

I hereby consent that I have come to orchid medical center for Treatment with Botox / Filler.

I understand this is an elective procedure and I hereby voluntarily consent to treatment with dermal fillers for facial rejuvenation, lip enhancement, establish proper lip and smile lines, and replacing facial volume, or remove any unwanted wrinkles around eyes and forehead, The procedure has been fully explained to me. I also understand that any treatment performed is between me and the doctor/healthcare provider who is treating me and I will direct all post-operative questions or concerns to the treating clinician. I have read the above and understand it. My questions have been answered satisfactorily. I accept the risks and complications of the procedure and I understand that no guarantees are implied as to the outcome of the procedure. I also certify that if I have any changes in my medical history I will notify the doctor/healthcare professional who treated me immediately.

Patient Name and Signature

.....  
A. M. A. I.

Date: ... / ... / .....

أقر أنني قد حضرت إلى مركز أوركيد الطبي للحصول على العلاج باستخدام حقن البوتكس والفيلر.

أتفهم أن هذا الإجراء هو إجراء اختياري و أنني قد وقعت هذا الاقرار بإرادتي الكاملة لإجراء الحقن بالفيلر / البوتكس / إعادة التمشيط للوجه وتحسين مظهر الشفاة و تغيير مظهرها أو إعادة تضاريس الوجه، أو إخفاء التجاعيد في منطقة الجبهة وحول العين.

أقر أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل و أنني سوف أوجه جميع الأسئلة و الاستفسارات الى الطبيب المعالج قبل و بعد المعالجة.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الاقرار و التقييم (أو تمت قرأته لي و أنا على علم بمحتواه) و ان جميع اسئلتني و استفساراتي قد أجيبت بالكامل و بشكل مرضي.

أقر أنني على علم بكامل الاخطار و المضاعفات التي قد تنتج عن هذا العلاج و اتفهم ان لا ضمانات قد قدمت لي لتتأخر هذا الاجراء الطبي.

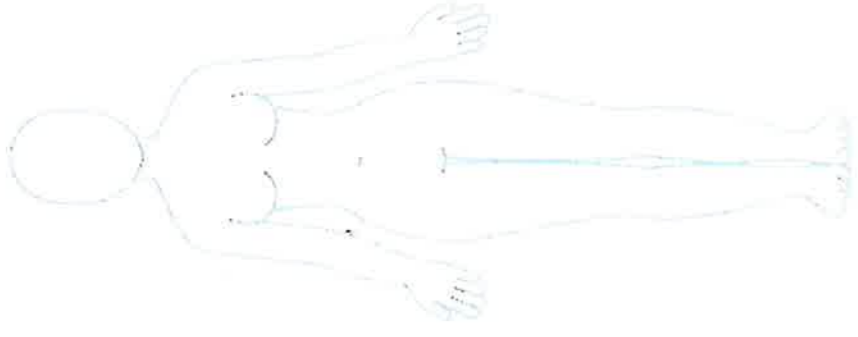
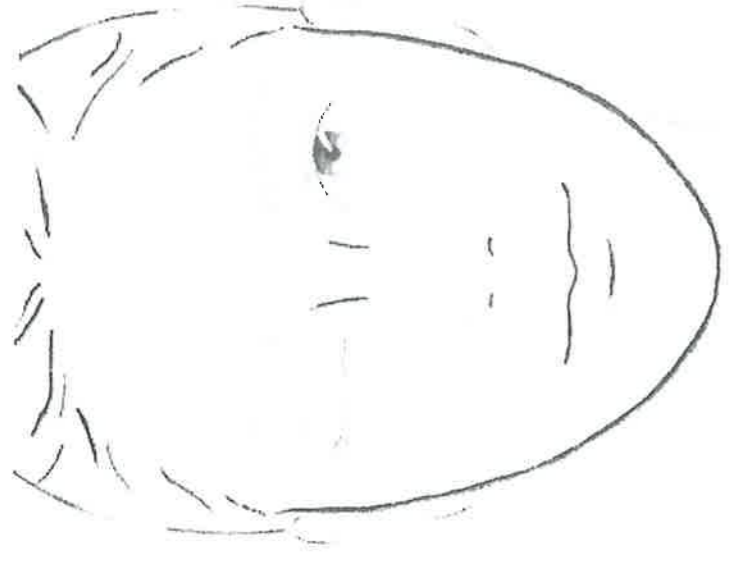
و أشهد أنني قد أعطيت المعلومات في هذا النموذج بشكل كامل و صحيح و أنني اتحمل مسؤولية التبليغ في حال اي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

إسم المريض و التوقيع

.....  
أ. م. أ. إ.

Date: ... / ... / .....





**Filler Injection Log**

Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

**Botox Injection Log**

Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1			
Session 2			
Session 3			
Session 4			
Session 5			

Doctor's Name and Signature

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO

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	Amami, Abdalla, Ali, Mohamed	IDN:	784198803161086	Mother Name:	
Name (Ar)	اماني عبد الله علي محمد	Card Number:	083162067	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title (Ar):		(Ar):	مصر		
Issue Date:	26/04/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	27/03/2019	Date of Birth:	03/09/1988	Sponsor Name:	المدرسة الاسلامية للتربية والتعليم
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120132079497	Residency Expiry:	27/03/2019
ID Type:	IL	Occupation:	2331	Occupation Field:	18



Photo

Signature Image

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

2/17/2019





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,890.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002679)

Date:17-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001623 - AMANI ABDULLAH - 971555196946**

The sum of Dhs. **One Thousand Eight Hundred Ninety Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **1,890.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:                      Cheque No.

Date: **17-02-2019**

Being **2 fillers injection**

Made by **Rana**

---

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