



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 20/2/19

Date: ... / ... / File Number: ... 1501639

Patient Name: ... Hadil F.A. Afana.

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 27/09/1990 Gender (الجنس): M (F) Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married.

Nationality (الجنسية): Paleshnic. Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): ... Ajman. Phone No. (رقم الهاتف): 056-18.00017

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 الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	✓	Euthyrox + Galucophax
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	X	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	X	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	✓	حاراة
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	X	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	X	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) لوكميا	X	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	X	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	X	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	X	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	X	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	✓	H-Hylori
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	X	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	✓	Hypothyroidism
Other conditions HSV, HIV... etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الأبتز، فيروس الحلا البسيط	X	

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 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 ابرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف 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 تخفي للهدف صحيحه و أتفهم ان اي 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):

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 ، ادخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تدخين العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة والسريية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
20/2/19	LHR 1/2 face			Beena,
	Discount for Staff 100 AED to be paid			
3/6/19	LHR face			Beena
11/7/19	LHR 1/2 face 8/15 mr.			-
27/1/20	LHR 1/2 face 9/10.5 mr.			Beena



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	Hadil,F,A,Afana	IDN:	784199098246202	Mother Name:	
Name (Ar)	هديل فائق عطية عفاة	Card Number:	090657029	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PSE	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	فلسطين		
Issue Date:	02/09/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	29/08/2020	Date of Birth:	27/09/1990	Sponsor Name:	مدارى صلاح حسان عاتور
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	0179776009
Residency Type:	03	Residency Number:	20120183302935	Residency Expiry:	29/08/2020
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



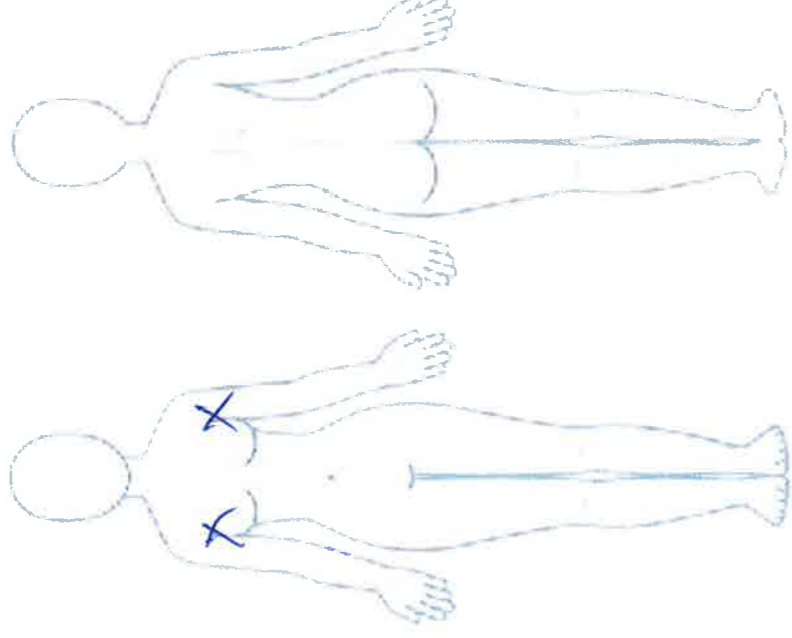
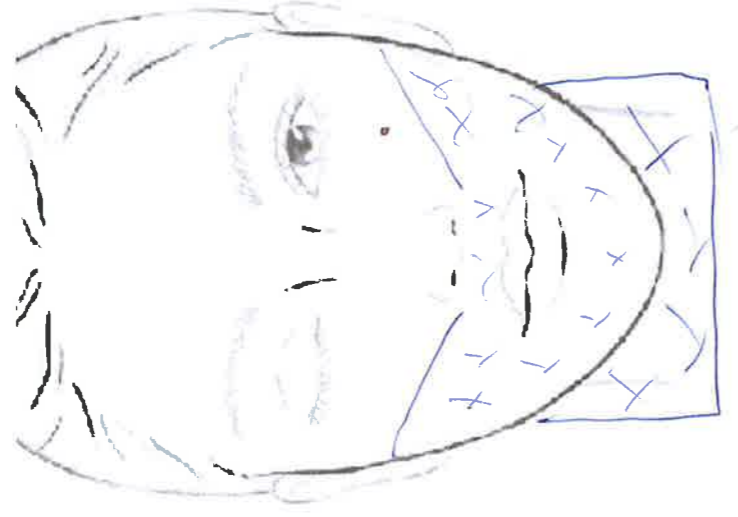
Photo

Signature Image

idsivr/EMID/default.aspx

2/20/2019

Patient's Name: Hadiel **اسم المريض** Evaluation and consent form completed? Yes / No
 File Number: **رقم الملف** Pretreatment photography taken? Yes / No
 Pain Relief given? Yes / No 100 / 100%



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	20/2/19	04/06/19	17/19	27/120		
Treatment Area	HALF FACE MIDARK	U.A. Medium	Half face Thick / Dark	1/2 face		
Hair Type	ALEX	NDYAG	Alex	Alex		
Mode	Spot 16	16J 15ms	8J 15ms	9 10-5ms		
Fluence	9 15ms					
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	1	1	1	1		
Starting Time		2:00 AM	4:30 PM	1 PM		
Finish Time		2:30 AM				
Post Treatment	Swent			Handed		
	<u>Beery</u>		<u>Beery</u>	<u>Beery</u>		

Therapist Name and Signature



مركز أوريد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

TAX INVOICE (NO. INV-C003724)

Patient File # : 1001639
 Patient Name : HADEEL 00
 Doctor : Deka Laser
 VAT Reg # : 100479302000003

Visit Date : 20-02-2019
 Insurance : Cash
 Invoice Date : 21-02-2019

SI.No	Code	Service	Unit Price	Quantity	Gross	Discount	VAT %	VAT Amount	Net	
1.	DER07	FULL FACE (HR)	200.00	1	200.00	100.00	5.00	5.00	100.00	
<i>Will Pay next month</i>										
Gross Total (in AED)										100.00
Discount (in AED)										100.00
Net Total (in AED)										100.00
VAT TOTAL										5.00
NET + VAT TOTAL										105.00
Balance (in AED)										105.00
Advance Balance (in AED)										0.00

Prepared By

FULL FACE + VAT

Patient Signature

Kindly note that this automated and uniquely dated invoice is payable on this visit before leaving the Center deposit will be automatically deducted upon settlement.

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

WWW.OMCL.AE



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003416)

Date: 21-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001639 - HADEEL 00 - 971561800017

The sum of Dhs. **One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **105.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 21-04-2019

Being

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 : 1001639 - HADEEL 00 - 971561800017

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 183.75

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004080)

Date: 17-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001639 - HADEEL 00 - 971561800017

The sum of Dhs. **One Hundred Eighty-Three Dirhams and Seventy-Five Fils Only**By Cash **183.75** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 17-06-2019

Being

Made by **Hiba**

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 : 1001639 - HADEEL 00 - 971561800017

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 78.75

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004846)

Date: 25-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001639 - HADEEL 00 - 971561800017

The sum of Dhs. Seventy-Eight Dirhams and Seventy-Five Fils Only

By Cash 78.75 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-08-2019

Being

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 : 1001639 - HADEEL 00 - 971561800017

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