



File No: .....

Date: 25/2/19

Date: 25/2/2019

File Number: 1001671

Patient Name: .....

اسم المريض: .....

Date Of Birth: 13/13/1990 Gender: M / F

Marital Status: (اجتماعية) Single

Nationality: (الجنسية) Omani

Occupation: (الوظيفة) Safety Officer

Address (العنوان): RAK

Phone No. (رقم الهاتف): 0566965159

E-MAIL: .....

How did you know about us: P website

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

### 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 نكرفي 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 اي ضمانات او تأمين لتأنيج العلاجات و الإجراءات الطبية او التجميلية 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 تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التوريم أو التزريف 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 لدي فتحي للعلف صحيحة و اتفهم ان اي 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 (لن هم دون السن القانونية):

التاريخ: 25.12.2012

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نمط 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 , ادخال للمستشفى

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



PATIENT NAME:

FILE NO#

DATE

TREATMENT

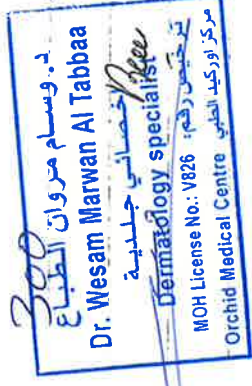
PAYMENT BALANCE

SIGNATURE

25-2-19 Carbon laser

18/5/19. LHA Peel + alect (Deba)

20/5/19 whitening mask.



## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

بإقتضاض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام جهاز ليزر ال Q-Switch أقر أنا ظلال الرشي

التقشير الكروني باستخدام لوشن الكريون فيتمه التقشير بالليزر هو أحد الإستخدامات لإعادة نضارة البشرة. وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والتشدّد الصبغي (البقع

عمرية والبقع غير المرغوب بها والمزينة بالشمع بالنس وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إصرار الجلد، إزالة التصبغات (البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي ح الصوب، توسيع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. يتشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معضمهم فترة زمنية من 2-4 أسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 أشهر.

التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكريون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بالإضافة لوشن الكريون مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا مانعة في الكلف وزيادة التصبغات بعد الإتياب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 أشهر خصوصا في حالة الكلف.

إزالة الوشم بالليزر.

الأورام الصبغية.

تشقير الشعر.

إزالة فطريات الاضفار (الوضع A)

ببر إزالة الكلف (الوضع M)

معدات الإبتعمال للعلاج يتضمن:

تأول عتار الأيسورتيونين (الأكسجوان) خلال ال6 أشهر الماضية.

الحلل والرضاعة.

الأمراض الجلدية والإتيابيات و الأورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

مشاكل في الجهاز المناعي.

إصابة بالليزر والتعب الكبد الوياني.

ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

التهاق.

جم تملأ ان النتائج التالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجحة ان تتحقق بعد الجلسة الأولى. ولا يتضمن الضبيب رضائي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

تم الشرح لي عن الحاجة الي إنهاء خطة العلاج. وانا اتفق ان النتائج قد تختلف بالنظر الي استجابتي للليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد العلاج وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر وزيوت بيا ويوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي بالتكامل.

أعلم ان كما هناك مخاطر للأجراء المطلوب. اتفق ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تأخر في فترة الشفاء/الانتعاش. سأعدها التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

أعلم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي: احمرار مؤقت، آثارات مشابهة لتقرحات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الى عدة ايام فقط. تغيرات صبغية (بقع داكنة او حة على الجلد) او احمرار مزمن قد يستد من شهر الي ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكّة، ألم، كدمات، التهاب ندوب او انتفاخ.

حة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج. وطي ايضا ابقاء عيني مغلقتان اثناء العلاج. أقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات خفيف.

تم شرح العلاج بكامل فوائده ومضاعفاته المحتملة. وقد تمت الاجابة على جميع اسئلتني وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التاريخ: 25/2/2019 التوقيع:



خالدة سعيد الرشي

م المريضة/ولي امر المريضة:

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	Khalid Said,Rashid,,Al Shehhi	IDN:	784199076973587	Mother Name:	
Name (Ar)	خالد بن سعيد بن راشد الشهي	Card Number:	080806775	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	OMN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	سلطنة عمان		
Issue Date:	09/11/2016	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	09/11/2021	Date of Birth:	13/03/1990	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	IR	Occupation:	99	Occupation Field:	00

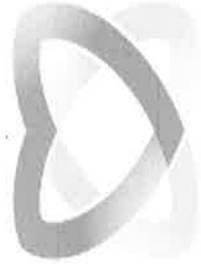
Photo



Signature Image

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

2/25/2019



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002753)

Date:25-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001671 - khalid AL SHEHHI - 971566965159

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: 25-02-2019

Being carbon peel

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)





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003748)

Date:21-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001671 - khalid AL SHEHHI - 971566965159

The sum of Dhs. Five Hundred Twenty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 525.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 21-05-2019

Being WHITENING MASK + VAT

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 : 1001671 - khalid AL SHEHHI - 971566965159

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