



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: ..1.00.1691

Date: 28 / 2 / 2019

Date: 28 / 2 / 2019

File Number: ..1.00.1691.....

Patient Name: Ola Mosleh
اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 3 / 11 / 80 Gender (الجنس): M / Marital Status: (الحالة الاجتماعية): S
S

Nationality (الجنسية): Lebanese... Occupation (الوظيفة):
Phone No. (رقم الهاتف): 0557495544.....

Address (العنوان):
E-MAIL: ola.113@hotmail.com.....
How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
Medical Condition الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم أذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	2	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	2	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	2	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	2	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	2	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعة للدم؟	2	
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	2	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، امراض اخرى	2	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	2	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	2	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	2	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	2	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	2	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	2	
Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الأيدز، فيروس الحلا البسيط	2	



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: ٢٥ / ١٢ / ٢٠٢٢

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 ذكر في القصة الأولى 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 لتأجيل النتائج العلاجية و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي لي 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 لدي قنحي لل ملف صحيحة و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا 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: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دمية الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دمية 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: Ola.

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
28-2-19.	Package 1000 x 3. Includes 3 session full body vikai 3 session carbon + 3 session facial 3 scaling	3000		
10/3/19.	Full body laser done vikai DPI - 80J / 8HRT FDP 9J / 6ms. Renewing 2 session full body vikai 3 session carbon + 3 session facial 3 scaling			Face
8/4/19.	Carbon peel done from peel Patient paid extra 300 to move for Deka.			Face
19/12/19 -	1HR full body (Deka) -			
17-05-2020	Carbon laser			
3/5/2020	carbon laser full face			
31/5/20.	1HR full body (Deka)			Be
18-6-20	Meso Face Dermapen (1ml) glutathione			
29-6-20	carb on laser			

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbae
اختصاصية في طب البنية الجلدية
Dermatology specialist
MOH License No. 1422
Orchid Medical Centre

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	Ola,Osmat,,Mosleh	IDN:	784198046819821	Mother Name:	Samira
Name (Ar)	علاء عسمت , , موله	Card Number:	088404638	Mother Name (Ar):	سميرة
Title:		Nationality:	LBN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	لبنان		
Issue Date:	01/04/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	28/03/2021	Date of Birth:	03/11/1980	Sponsor Name:	هيئة دبي للطيران المدني
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	03	Residency Number:	20120033070360	Residency Expiry:	28/03/2021
ID Type:	IL	Occupation:	1227	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

2/28/2019

Patient's Name: Ela Molsch

اسم المريض:

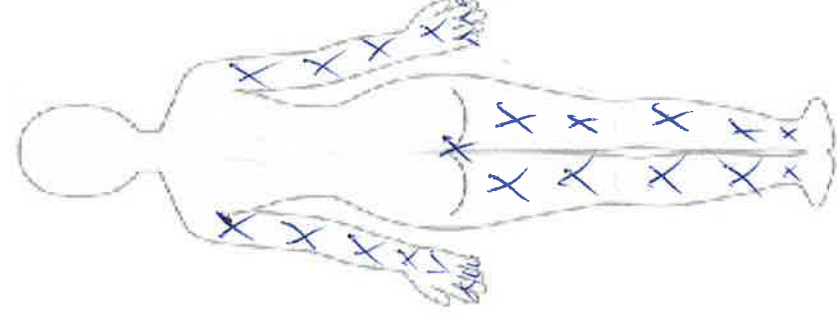
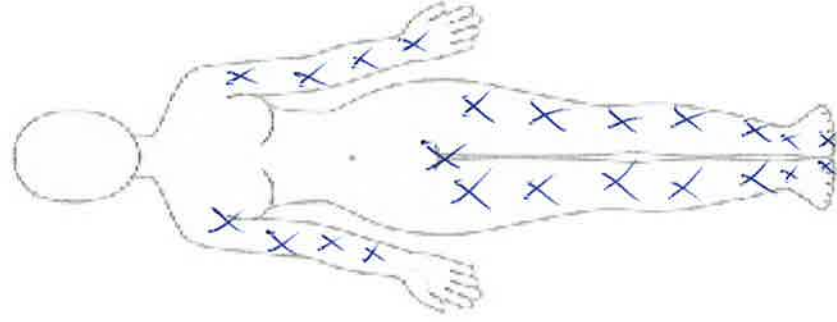
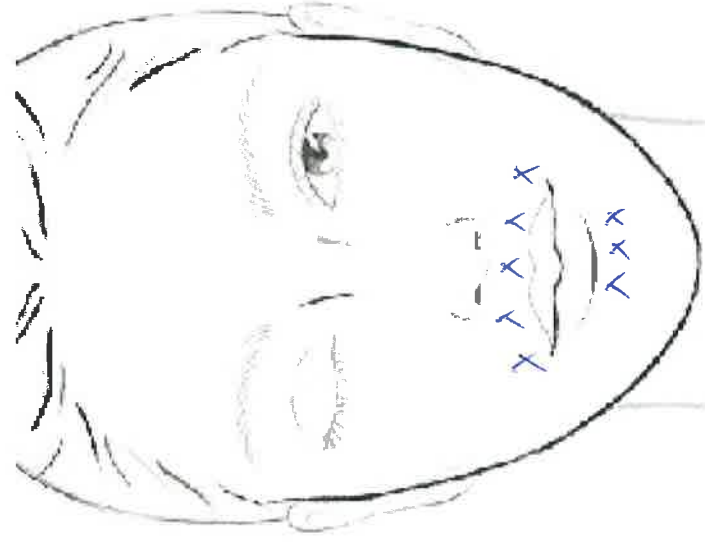
File Number:

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pain Relief given? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No

رقم الملف: 1001691



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	10/3/19	19/12/19	21/5/20			
Treatment Area	Full Body	Same	full body			
Hair Type	THICK / DARK	Soft	Soft 10			
Mode	DPI / FDP	Alex	Alex 20			
Fluence	22 J / START	8 J / 8.5-9	9/10ms			
Pulse Type	FDP 7J / 6ms					
CNT Pulse						
Passes	1		1 pass			
Starting Time	10 AM	4 PM	5 PM			
Finish Time	12 PM	5 PM	6 PM			
Post Treatment	METBO	HIRUDOID				

Handwritten signature

Therapist Name and Signature



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,150.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002787

Date: 28-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001691 - OLA MOSLEH - 971557445544

The sum of Dhs. **Three Thousand One Hundred Fifty Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **3,150.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADV COLLECTED PKG 1000/- LASER FB/CARBON/FACIAL & SCALE POLISH(1000X3+VAT)**

je by Hiiba

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

3,150.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002920)

Date:10-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001691 - OLA MOSLEH - 97157445544

The sum of Dhs. Three Thousand One Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 3,150.00

Bank: Cheque No.

Date: 10-03-2019

Being patient paid in advance for pkg 1000 *3 3 session full body vikini + 3 session facial + 3session carbon + 3 session scaling polishing

Made by Rana

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



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003207)

Date:03-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001691 - OLA MOSLEH - 971557445544

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: 03-04-2019

Being PT PAID 300 UPGRADE FROM VIKINI LASER TO DEKA LASER FOR 2 FULL BODY SESSION + 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 : 1001691 - OLA MOSLEH - 971557445544

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-009082

Date: 31-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001691 - OLA MOSLEH - 971557445544**

The sum of Dhs. **One Thousand and Hundred Fifty Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,050.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **advance for 3 sessions meso face + 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

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

أنا السيد/السيدة _____ أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الميزوثيرابي و كل التفاصيل المتعلقة به، و الغاية من الاستخدام و على ما يحتويه.

لقد تم إبلاغي تحديدا عن ما يلي:

سوف يظهر بعد العلاج بعض من ردود الفعل او علامات من الشائع حدوثها و التي تشمل على: احمرار، تورم، شعور بالحك و الألم و سوف تكون المنطقة المحقونة طرية نوعا ما. بشكل عام تكون هذه العلامات بدرجة معتدلة الى خفيفة و سوف تختفي و سوف تلتئم نفسها بعد عدة أيام بعد الحقن.

يوجد بعض من ردود الفعل او العلامات النادر حدوثها و هي: قد يتحسس البعض قي المنطقة المحقونة بعد يوم او يومين من يوم الجلسة. ذلك التحسس قد يحتوي على تورم و احمرار و من النادر ظهور بعض الحبوب. هذه العلامات من المحتمل ان تظهر بعد عدة أيام من جلسة الحقن بشكل معتدل الى خفيف و ستختفي بعد 5 الى 7 أيام كما ورد في تقارير سابقة.

لقد تم إبلاغي أيضا بأنه اعتمادا على المنطقة المراد حقنها و نوع البشرة و درجة المشكلة التي تعاني منها بشرتي، سوف يتم تحديده عدة جلسات (تقريبا من 4 الى 8 جلسات). المتابعة و المراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج و التصحيح.

إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا أفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور او الوصف المرفق

نعم لا

التوقيع: _____

التوقيع: _____

اسم المريض: علاء مطح

اسم المعالج: _____

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا علاء مصعب بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج

هو احد الإستطهبات لإعادة التقشير الكريونى باستخدام لوشن الكريونو يتبعه التقشير بالليزر ● جهاز ليزر الـ Q-Switch باستخدام خطوط الوجه والشووذ الصبغى (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم , علاج التجاعيد ,ضسارة البشرة , وعلاج علامات التقدم بالسن بالسن وحالات أخرى), تحسين ملمس البشرة , علاج حب الشباب ,احمرار الجلد , إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب), الندوب التي تتبع إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معصمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات ,الحبوب , توسع مسامات الجلد .مراجعة كل 3-6 اشهر

يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكريون, بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر ● لوشن الكريون مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإنهاء. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف

.إزالة الوشم بالليزر .

.الأورام الصبغية.

.تشقير الشعر .

الإضافر(الوضع فطريات إزالة A).

بيير إزالة الكلف (الوضع M).

:مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن

.تتاول عقار الأيسوترتينوين (الأكوتان) خلال ال6 اشهر الماضية .

.الحمل والرضاعة .

.الأمراض الجلدية والالتهابات و الاورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج .

.مشاكل في الجهاز المناعي .

.الإصابة بالإنديز و التهاب الكبد الوبائي .

(ضعف الشفاء(كآون الندوب الجلدية .

.التهاق .

درجة التحسن بعد أتقهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجحة أن تتحقق بعد الجلسة الأولى, ولا يتضمن الطبيب رضاي عن عدة جلسات

لقد تم التفرح لي عن الحاجة الى إنهاء خطة العلاج, و انا أتقهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي لليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي ,الورادة العلاج,وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف أتبع التعليمات بالكامل

أتقهم ان كما هناك منافع للإجراء المطلوب, أتقهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/الانتقام, ماعدا التقشير الناعم الذي