



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: ١٥٥١٦٩٨

Date 28/2/2019

Date 28/2/2019

File Number: ١٥٥١٦٩٨

Patient Name: Badria Ismael Alhabash

اسم المريض: بدرية اسمعيل الحباشي

Date Of Birth: 23/03/1990

Marital Status: (E) Married

Nationality: U.A.E.

الجنسية: الإمارات العربية المتحدة

Address: Alhabash

Phone No. (رقم الهاتف): 0559717125

E-MAIL:

How did you know about us:

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



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 يكشف 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 بانتخاذ 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 الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي كالاتهاب أو التورم أو التزريف أو الألم أو الحساسية المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار 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 كالاتهاب أو التورم أو التزريف أو الألم أو الحساسية المرضية.
- 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 للملف الصحية و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإطلاع 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: 28/07/2019

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 ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y N

Drugs (العقاقير) : Y N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

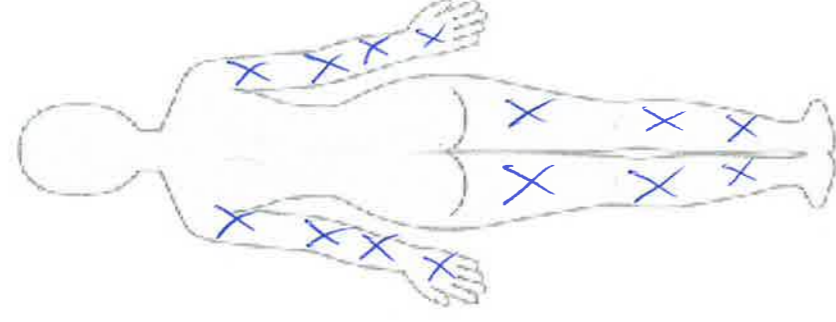
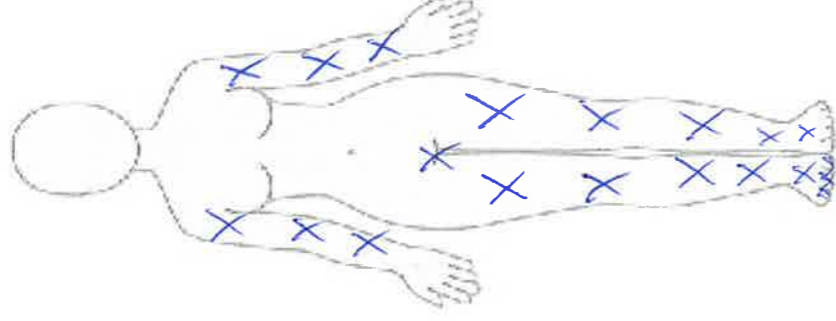
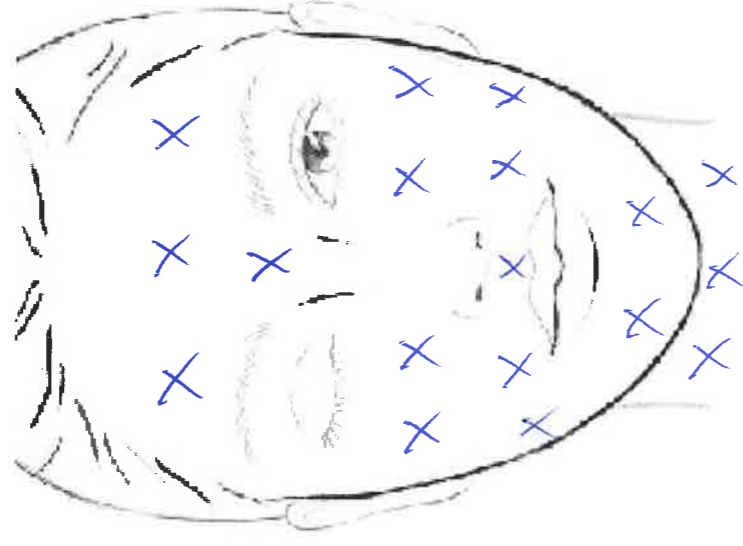
Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

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



| | Session 1 | Session 2 | Session 3 | Session 4 | Session 5 | Session 6 |
|----------------|----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Treatment Date | 21/03/19 | | | | | |
| Treatment Area | FULL BODY | | | | | |
| Hair Type | FINE | | | | | |
| Mode | DP1 / FDP | | | | | |
| Fluence | 14 J/cm ² | | | | | |
| Pulse Type | BURST | | | | | |
| CNT Pulse | | | | | | |
| Passes | 1-2 | | | | | |
| Starting Time | 5 pm | | | | | |
| Finish Time | 6:30 pm | | | | | |
| Post Treatment | | | | | | |

Therapist Name and Signature Beena

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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 | Badria,Ismail,Hassan,Saleh,Alhossami | IDN: | 784199024686216 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | بدرية اسماء علي حسن صالح الحوسامي | Card Number: | 086410058 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality (Ar): | الإمارات العربية المتحدة | Family ID: | 301024570 |
| Issue Date: | 22/11/2017 | Sex: | F | Sponsor Type: | |
| Expiry Date: | 22/11/2022 | Date of Birth: | 23/03/1990 | Sponsor Name: | |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | |
| Residency Type: | | Residency Number: | | Residency Expiry: | |
| ID Type: | ID | Occupation: | 99 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

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

2/28/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002801

Date: 28-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001698 - BADRIA 00. - 971507171125**The sum of Dhs. **Two Hundred Only**By Cash **200.00** / By Credit Card **0.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: _____ Cheque No. _____ Date: _____

Being **advance 200 paid for zoom whitening**Paid by **Rana**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002797)

Date:28-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001698 - BADRIA 00. - 971507171125

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

By Cash 1,050.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 28-02-2019

Being PKG 1000+VAT (FULL BODY/CARBON/FACIAL/SCALING & PLISHING)

Made by Hiba

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 682.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003042)

Date:21-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001698 - BADRIA 00. - 971507171125**The sum of Dhs. **Six Hundred Eighty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **482.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **200.00**

Bank: Cheque No.

Date: **21-03-2019**Being **ZOOM WHITENING + 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 : **1001698 - BADRIA 00. - 971507171125**

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