



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 28/2/19

Date: ... / ... /

File Number: 1001701.....

Patient Name: Aisha Al Shamsi

اسم المريض:
Aisha

Date Of Birth: 10/08/1979 Gender: M RF

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality: UAE

الوظيفة: Banker

Address: P.O. Box 1402 Ajman

Phone No. (رقم الهاتف): 0544470004

E-MAIL: Alyshamta@hotmail.com

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	No	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...etc	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 ان 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 ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج بإخضاع كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاج 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 كالالاتهاب أو التورم 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 للملف صحيحة و أتفهم ان أي 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 (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

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 (تعاظي العقاقير) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

خطة العلاج Treatment Plan

Doctor's Signature and Stamp

.....

Patient Name: _____ File No: _____

Date	Treatment	Payment	Balance	Signature
28-2-19	Package 4900 will share it with her Sister Amna 100700 6 Session each	1286.25	1286.25	
11/3/19	LHR Full Body VIKNI ① session Done ⑤ Remaining	1286.25		Roena / Bless
13-4-19	PT Paid For 3 Session 1050 Carbon 1 Session Facial			
13-4	Facial Don			
24/4/19	LHR Full body (VIKNI)			
1/6/19	LHR Full body (VIKNI) 3rd session VIKNI			
15/6/2019	carbon last			
6/7/19	LHR full body (VIKNI)			
17/7/19	Pro facial done all steps			
8/9/19	LHR full face body			
26/9/19	Pro facial all steps done			
13/02/200	hair 1/2 Arms + 1/2 face + Bikini (Dele)			

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
اخصائي جلدية
Dermatology specialist
ترخيص رقم: 1826
MOH License No.: 1826
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع
Dr. wesam Marwan Al Tabbaa
اخصائي جلدية
Dermatology specialist
ترخيص رقم: 1826
MOH License No.: 1826
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
اخصائي جلدية
Dermatology specialist
ترخيص رقم: 1826
MOH License No.: 1826
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
اخصائي جلدية
Dermatology specialist
ترخيص رقم: 1826
MOH License No.: 1826
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
اخصائي جلدية
Dermatology specialist
ترخيص رقم: 1826
MOH License No.: 1826
Orchid Medical Centre

precisely Kindly Answer the following questions

*يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type <input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned Have you ever had Scars or keloids? Yes / No Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No Have you Taken Akutan or isotritonine in the last 6 months? Yes/ No Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinon on Site? Yes / No Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No Did you get exposed to sun or got tanned lately? Do/ Did you use any tanning products? Yes / No Do you Have any tattoos on site? Yes / No Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No What products you are using for your skin recently? Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No Have you done any permanent make up? Yes / No	ما هو الصنف الأنسب لنوع بشرتك؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الأسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الأسمرار <input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الأسمرار <input type="checkbox"/> غائبة الاحتراق , دائمة الأسمرار هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جيرة؟ نعم / لا هل ظهر لديك علا السبيد أو بشر أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا هل قمت بنتف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشركت حالياً؟ هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا
--	--

I hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Sharjah to remove unwanted hair by laser. I understand that laser produces a beam of light that generates an energy of a certain wavelength which is absorbed in the pigments of hair follicles to impair its' ability to grow hair. I understand that the results of the treatment varies from one person to another by the variation of medical history and the skin type, hair type , patients commitment to precautions before and after sessions and the variation of individual responses to treatment. and I consent that I know all the alternative hair removal methods and I choose removing my unwanted hair by laser.

I consent that I got the following precautions:
 -It's not allowed to get tanned or use tanning solutions for 4-6 weeks before and after treatment.
 - Waxing and Plucking must be avoided at least 6 weeks prior to sessions.
 - Tattoos and permanent make up on treatment site will be affected by laser.
 - Full Medical History must be given including previous treatments, allergies and skin type.
 - people who took akutan during the last 6 months or any drugs that inhibits patients from sun exposure can not remove their hair by laser.
 I understand that i might see some change from first session, nevertheless the treatment will take many sessions to get the result.

Side Effect
 side effects may include burning like redness. and it's possible to see some swelling or cracks. these side effects will fade away few hours to few days after treatment. hypo/hyperpigmentation is not common and it rarely last. it's advisable to avoid sun exposure. and to use sun protections.
 I consent that I had the chance to enquire and ask any questions I have to the therapist and I have read and understood the content of this form (or it was read to me) and I am more than 18 years old or I have the approval of my sponsor.

Name and Signature

Date
 .. / .. /

أقر أنا بقومي الى مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر. وأتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إغناء الشعر. وأتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اختبرت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تلقيت التعليمات التالية:
 - لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.
 - يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
 - الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
 - يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة
 - الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
 أتفهم انه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الإعراض الجانبية
 قد تتضمن الأعراض احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
 أقر أنه قد أتاحت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار. أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الاسم و التوقيع

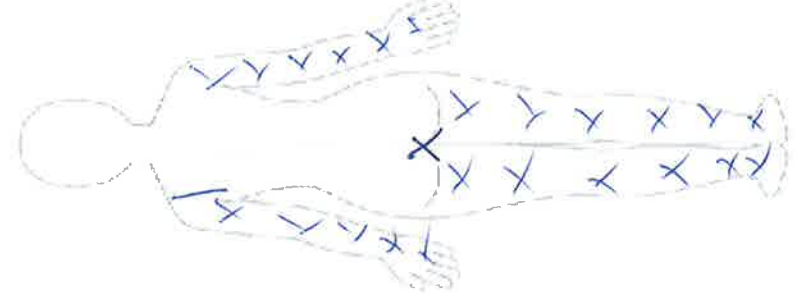
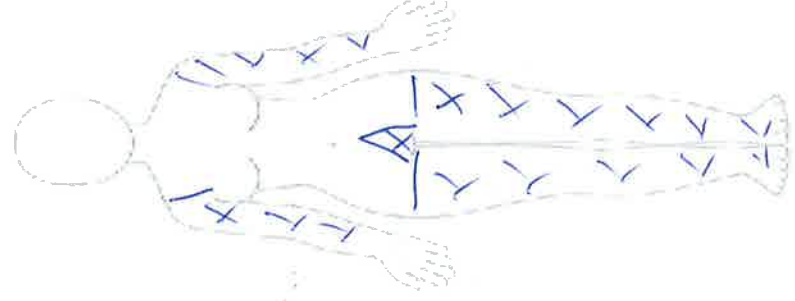
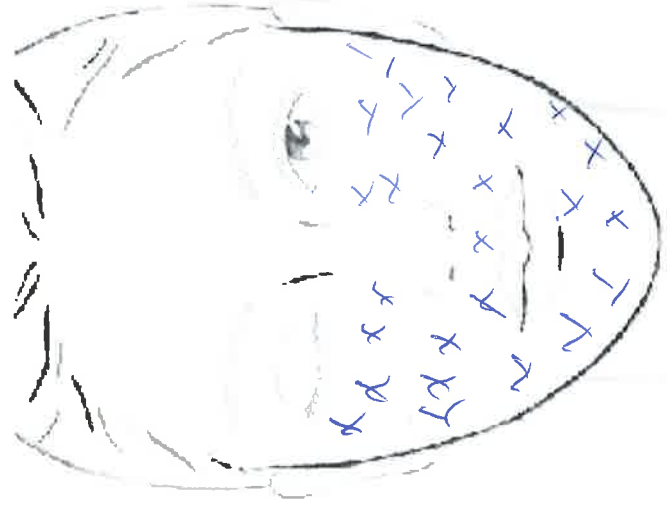
 Aysahy Alshams

التاريخ

١١ / ٠٣ / ٢٠١٦

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

1001701



Treatment Date	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
11/3/19	27/4/19	1/6/19	6/7/19	7/9/19	13/10/20	
Full body S/M/DARK	Same	Full body	Full body	Full body	Full body	
FDP/DPI	Medium	Soft m/face	Soft/Dark	Soft/Dark	Soft/Dark	
5/5/200/5mm/5J	FDP/DPI	DPI/FDP	DPI/FDP	DPI/FDP	DPI/FDP	
3:30 PM	1:15 PM	12:15	12:30 N	3:30 PM	3:30 PM	
4:45 PM	3 PM	1:30 PM	2 PM	5 PM	5 PM	
Mebot Fullcoat	Mebot Fullcoat	Fullcoat	Fullcoat	Fullcoat	Fullcoat	
Beena / Alessic	Beena / Alessic	Beena	Beena	Beena	Beena	

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,286.25 RECEIPT VOUCHER No: REC-002805
Date: 28-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001701 - AYSHA 0 - 971544470004**

The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Eighty Six and Two Five Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,286.25 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: _____ Cheque No. _____ Date: _____

Being **patient paid in advance will share the full body package 4900 with her sister**

_____ by **Rana**

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

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO*

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	Aysha,Humaid,Obaid,Bintaryam,Alshamsi	IDN:	784197914196833	Mother Name:	Salma
Name (Ar)	عائشة,حميد,عبدون,ترقي,الشمسي	Card Number:	089346767	Mother Name (Ar):	سلمى
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	401000121
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	
Issue Date:	03/06/2018	Date of Birth:	10/08/1979	Sponsor Name:	
Expiry Date:	03/06/2028	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	01	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:	ID	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

3/11/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,572.48

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002949)

Date: 12-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001701 - AYSHA 0 - 971544470004

The sum of Dhs. **Two Thousand Five Hundred Seventy-Two Dirhams and Forty-Eight Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,286.25** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **1,286.23**

Bank: Cheque No.

Date: 12-03-2019

Being **PT PAID FOR 1 YEAR PKG SHARED WITH HER SISTER AMNA AL SHAMSI FILE NUMBER(1001700)6 SESSION EACH**

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 : 1001701 - AYSHA 0 - 971544470004

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

www.omc1.ae



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,102.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003327)

Date:13-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001701 - AYSHA 0 - 971544470004

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,102.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Cheque No. Date: 13-04-2019

Being PT PAID FOR 1 SESSION FACIAL + 3 SESSION CARBON PKG + 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 : 1001701 - AYSHA 0 - 971544470004

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