



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 6/3/19

Date: ... / ... /

File Number: 1001730

Patient Name: Maysa Samiyan اسم المريض: ميسا سامية

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / ... / Gender (الجنس): M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): Syrian Occupation (الوظيفة): Tower

Address (العنوان): Khar-nich Al-Khan Phone No. (رقم الهاتف): 0566006988

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 تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟	X	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	X	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	X	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟		
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	X	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات الدم؟	X	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا	X	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	X	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	X	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مائع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	X	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	X	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	X	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	X	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	X	
Other conditions HIV...etc هل تعاني من أي امراض أخرى؟ فيروس الإيدز، 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 الموقر،
- 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 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 أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية 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 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 لدي قدسي للملف صحية. و أتفهم ان أي 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 بكمال 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 (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، إقامات مستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاقي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

6/3/13

lip reshaping

1400

Monothul 276 70pm 10 pcs

2nd Hyaluronidase in RT cheek / u. lip

Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI
D50047
Specialist Dermatology

10/13

Abcess like swelling of RT cheek
RT used Prednisolone 60mg or for 10 days 3 days
+ 1 Diprofos I H 4

2 Hyaluronidase 20mg ea
2x1x3

Doctor's Signature and Stamp

Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI
D50047
Specialist Dermatology

Patient Name: _____

File No: _____

Date	Treatment	Payment	Balance	Signature
	14/12/2019: Lips filler next app after 1 week	850	19073 Dimmet, Germany F-1619/1 2022-04	GeneFill SOFT FILL CE22409
	24/12/2019: retouch filler add (0.1)			
	11/1/2020: VLF filler 1 syringe next app: 25/1	1000		Teosyal Puresense Ultimate LOT TSTL-184813B 2020-11 1ml Medecin
	7/2/2020: ML filler 1 syringe next after 1 week	1400		Teosyal Puresense Ultimate LOT TSTL-184813B 2020-11 1ml Medecin
	15/2/2020: cheeks filler (Dulige) 5 (New Threads) (10) next: 24/2/2020	1250 1300		Medecin
	Meso session FR66 Vitamin C (3/1)	1510		Teosyal Puresense Ultimate LOT TSTL-184813B 2020-11 1ml Medecin



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,470.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002882)

Date:06-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001730 - MAISA SULAIMAN - 971566006988

The sum of Dhs. One Thousand Four Hundred Seventy Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 1,470.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 06-03-2019

Being FACE LIFT WITH THREADS + VAT

Made by Hiba

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

ورقة موافقة على العلاج بالفيلر

التاريخ: 14/12/2018

أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الفيلر وكل التفاصيل المتعلقة
بها، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه.

لقد تم إبلاغي باحتمال ظهور بعض الأعراض الجانبية المصاحبة لحقن مادة الفيلر، والتي من المحتمل
ظهورها بعد الجلسة مباشرة أو مؤخرا والتي قد تحتوي على:

التهابات (احمرار، وذمة، إلخ) وأيضا قد تصاحب شعور بالحك، ألم عند الضغط وذلك يكون بعد الحقن
مباشرة. هذه الأعراض قد تستمر لمدة أسبوع.

ورم دموي - تيبس في المنطقة المحقونة - حدوث انتفاخ أو تورم أو التهاب أو
حساسية - حدوث تأثير بسيط أو عدم حدوثه

يشكل عام تكون هذه العلامات بدرجة معتدلة الى خفيفة وسوف تختفي من تلقاء نفسها بعد عدة أيام من جلسة
الحقن.

الآثار النادرة الأخرى تتضمن:

لا يمكن التنبؤ بمدى استمرارية الفيلر في الجسم سواء أقصر أو أطول من المدة المتوقعة
عدم تناظر الوجه - تغير طويل الأمد في لون الجلد - خمج فيروسي أو خمج جرثومي

ندبة-تقرح - ورم حبيبيومي - صدمة تحسسية - العمى

لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير
العلاج قد يستمر لمدة 6 إلى 9 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح.
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 أو الوصف المرفق

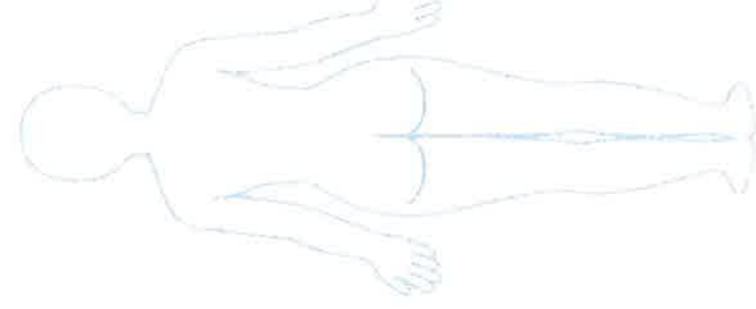
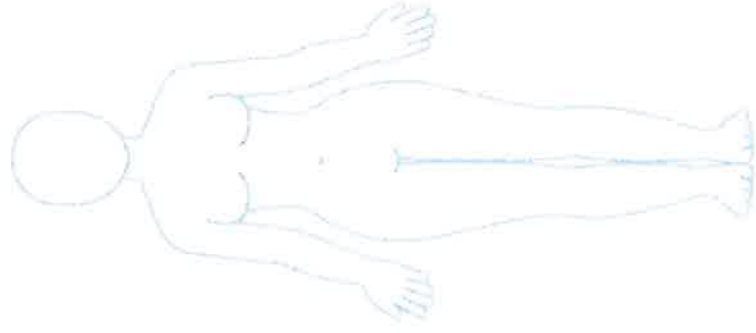
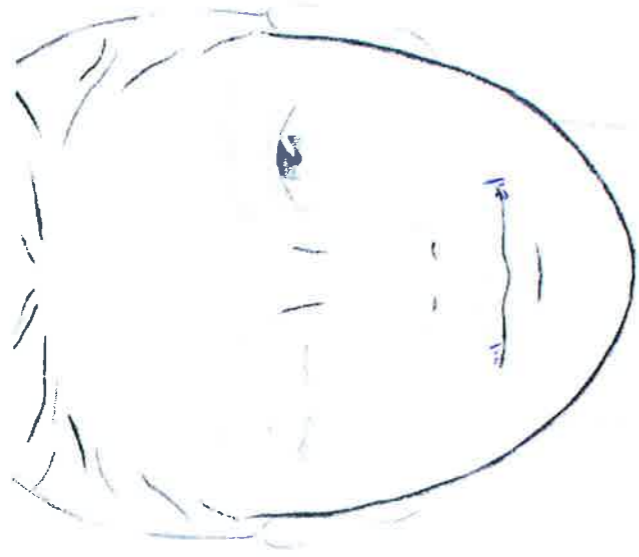
نعم لا

اسم المريض: Maysa Sulabya

اسم المعالج: DR. WESAM

التوقيع:

التوقيع:



Filler Injection Log

Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

Botox Injection Log

Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1			
Session 2			
Session 3			
Session 4			
Session 5			

Doctor's Name and Signature

.....



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006509)

Date:14-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001730 - MAISA SULAIMAN - 971566006988

The sum of Dhs. **Eight Hundred Ninety-Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **892.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 14-12-2019

Being **LIP FILLER + 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 : 1001730 - MAISA SULAIMAN - 971566006988

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,500.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-007670)

Date: 15-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001730 - MAISA SULAIMAN - 971522214730

The sum of Dhs. **Two Thousand Five Hundred Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **2,500.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date: **15-02-2020**

Being **FILLER 1200 + SCREW THREADS 1181 + 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 : 1001730 - MAISA SULAIMAN - 971522214730

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007316)

Date:29-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001730 - MAISA SULAIMAN - 971522214730

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

By Cash 1,260.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 29-01-2020

Being 1 INJECTION FILLER + VAT

Made by Reem

- 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 : 1001730 - MAISA SULAIMAN - 971522214730

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

ورقة موافقة على العلاج بالفيلر

التاريخ: 15/2/2020
انا السيد/السيدة _____ أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الفيلر وكل التفاصيل المتعلقة

به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه.

لقد تم إبلاغي باحتمال ظهور بعض الأعراض الجانبية المصاحبة لحقن مادة الفيلر، والتي من المحتمل ظهورها بعد الجلسة مباشرة أو مؤخرا والتي قد تحتوي على:

التهابات (احمرار، وذمة، إلخ) وأيضا قد تصاحب شعور بالحك، ألم عند الضغط وذلك يكون بعد الحقن مباشرة. هذه الأعراض قد تستمر لمدة أسبوع.

ورم دموي - تيبس في المنطقة المحقونة - حدوث انتفاخ او تورم او التهاب او حساسية - حدوث تأثير بسيط أو عدم حدوثه

يشكل عام تكون هذه العلامات بدرجة معتدلة الى خفيفة وسوف تخفي من تلقاء نفسها بعد عدة أيام من جلسة الحقن.

الآثار النادرة الأخرى تتضمن:

لا يمكن التنبؤ بمدى استمرارية الفيلر في الجسم سواء أقصر أو أطول من المدة المتوقعة عدم تناظر الوجه - تغير طويل الأمد في لون الجلد - خمج فيروسي أو خمج جرثومي

ندبة-تقرح - ورم حبيبيومي - صدمة تحسسية - العمى

لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 6 إلى 9 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح.

إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء او 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

اسم المريض: May Sa Sa
اسم المعالج: Dr. W. S. A.

التوقيع: 
التوقيع: 

PDO THREADS TREATMENT APPROVAL FORM

DATE: 15/12/2020

I agree with the PDO threads. It has been explained that these threads are a poly-deoxanone that is sterilized with cannula and is subcutaneously placed in the lipid layer to tighten the face and give glowing.

The results are improved by two months and the results continue for 10 to 12 months.

It is recommended that you do not take blood-thinners before and after two weeks of the procedure.

side effects

Pain in the first week - sensation of tension in the area - bruising - swelling - a specific movement sensation - facial asymmetry - skin dermatitis - inflammation and skin infection - damage to nerves or blood vessels.

Most of these complications are temporary.

I understand that the results vary from person to person and depend on the person's situation and that the payments are non-refundable or exchangeable.

I agree to photography / shooting my condition before and after treatment and to be classified until I authorize the medical center to share it or publish it.

Patient Name:

Maysa Suliman

Signature:



ورقة موافقة على العلاج بالفيلر

التاريخ: 27/1/2020
انا السيد/السيدة _____ أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الفيلر وكل التفاصيل المتعلقة

به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه.
لقد تم إبلاغي باحتمال ظهور أعراض الجانبية المصاحبة لحقن مادة الفيلر، والتي من المحتمل ظهورها بعد الجلسة مباشرة أو مؤخرا والتي قد تحتوي على:

التهابات (احمرار، وذمة، إلخ) وأيضا قد تصاحب شعور بالحك، ألم عند الضغط وذلك يكون بعد الحقن مباشرة. هذه الأعراض قد تستمر لمدة أسبوع.

ورم دموي - تيبس في المنطقة المحقونة - حدوث انتفاخ او تورم او التهاب او حساسية - حدوث تأثير بسيط أو عدم حدوثه بشكل عام تكون هذه العلامات بدرجة معتدلة الى خفيفة وسوف نخفي من تلقاء نفسها بعد عدة أيام من جلسة الحقن.

الآثار النادرة الأخرى تتضمن:

لا يمكن التنبؤ بمدى استمرارية الفيلر في الجسم سواء أقصر أو أطول من المدة المتوقعة

عدم تناظر الوجه - تغير طويل الأمد في لون الجلد - خمج فيروسي أو خمج جرثومي

ندبة-تقرح - ورم حبيبيومي - صدمة تحسسية - العمى

لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 6 إلى 9 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح.

إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء او تأجيل المواعيد. وأيضا اتفهم 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

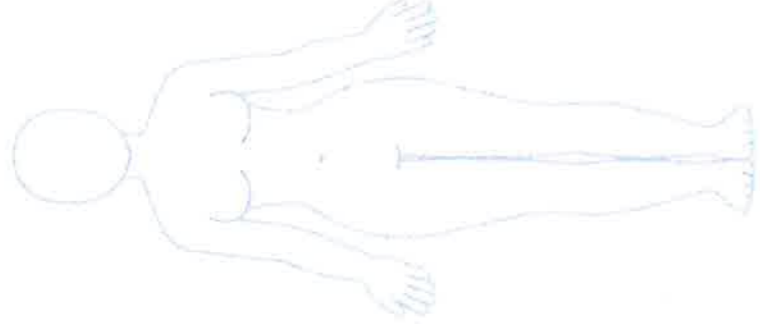
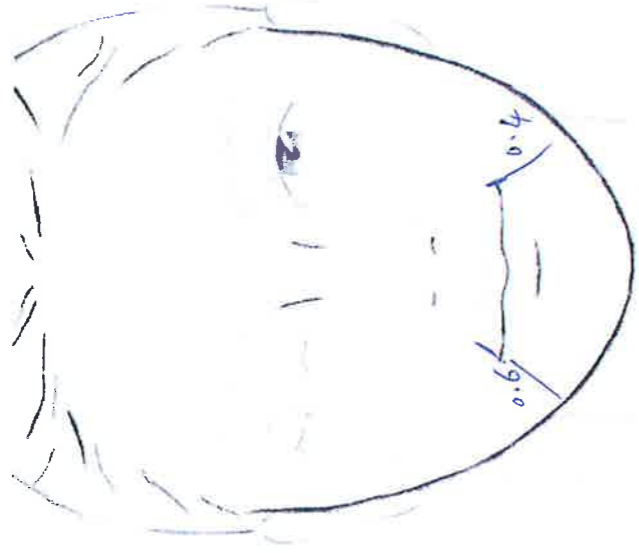
نعم لا

اسم المريض: _____

اسم المعالج: _____

التوقيع: _____

التوقيع: _____



Filler Injection Log

Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

Botox Injection Log

Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1			
Session 2			
Session 3			
Session 4			
Session 5			

Doctor's Name and Signature

.....



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007031)

Date:11-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001730 - MAISA SULAIMAN - 971522214730

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: 11-01-2020

Being **NLF FILLER + 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 : 1001730 - MAISA SULAIMAN - 971522214730

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

ورقة موافقة على العلاج بالفيلر

التاريخ: 11/11/2020
انا السيد/السيدة _____ أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الفيلر وكل التفاصيل المتعلقة

به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه.

لقد تم إبلاغي باحتمال ظهور أعراض الجانبية المصاحبة لحقن مادة الفيلر، والتي من المحتمل ظهورها بعد الجلسة مباشرة أو مؤخرا والتي قد تحتوي على:

التهابات (احمرار، وذمة، إلخ) وأيضا قد تصاحب شعور بالحك، ألم عند الضغط وذلك يكون بعد الحقن مباشرة. هذه الأعراض قد تستمر لمدة أسبوع.

ورم دموي - تيبس في المنطقة المحقونة- تلون في المنطقة المحقونة - حدوث انتفاخ او تورم او التهاب او حساسية - حدوث تأثير بسيط أو عدم حدوثه

بشكل عام تكون هذه العلامات بدرجة معتدلة الى خفيفة وسوف تخفي من تلقاء نفسها بعد عدة أيام من جلسة الحقن.

الآثار النادرة الأخرى تتضمن:

لا يمكن التنبؤ بمدى استمرارية الفيلر في الجسم سواء أقصر أو أطول من المدة المتوقعة عدم تناظر الوجه - تغير طويل الأمد في لون الجلد - خمج فيروسى أو خمج جرثومى

ندبة-تقرح - ورم حبيبومي - صدمة تحسسية - العمى

لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 6 إلى 9 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح.

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

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

نعم لا

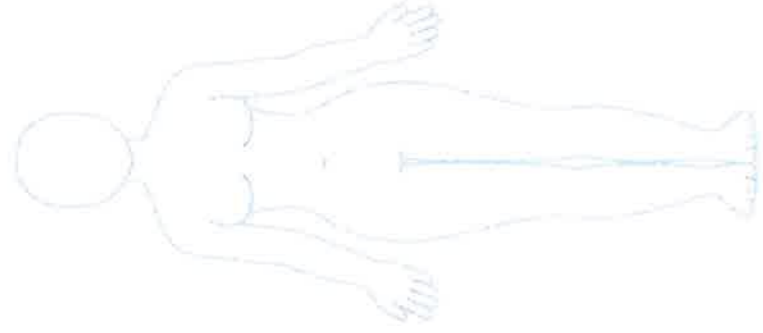
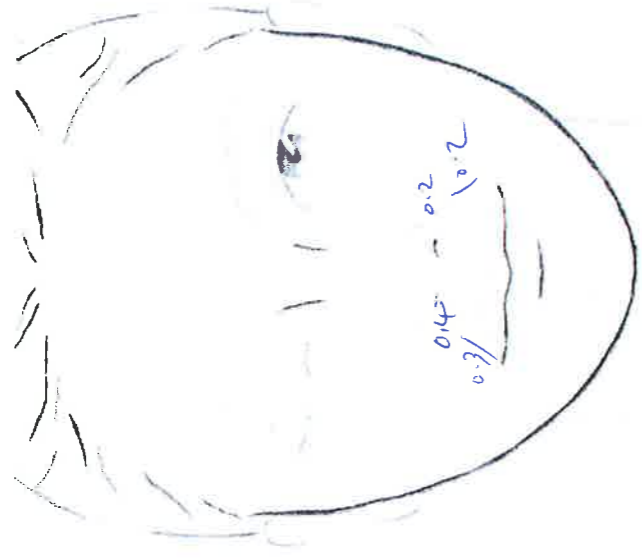
التوقيع: _____

التوقيع: _____

نعم لا

اسم المريض: _____

اسم المعالج: _____



Filler Injection Log

	Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1					
Session 2					
Session 3					
Session 4					
Session 5					

Botox Injection Log

	Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

Doctor's Name and Signature

.....



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007787)

Date:22-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001730 - MAISA SULAIMAN - 971522214730**

The sum of Dhs. **Eight Hundred Ninety-Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **892.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date: **22-02-2020**

Being **LIP FILLER + 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 : **1001730 - MAISA SULAIMAN - 971522214730**

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

ورقة موافقة على العلاج بالفيلر

التاريخ: 27/11/2022

أنا السيد/السيدة _____ أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الفيلر وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه.

لقد تم إبلاغي باحتمال ظهور بعض الأعراض الجانبية المصاحبة لحقن مادة الفيلر، والتي من المحتمل ظهورها بعد الجلسة مباشرة أو مؤخرا والتي قد تحتوي على:

التهابات (احمرار، وذمة، إلخ) وأيضا قد تصاحب شعور بالحك، ألم عند الضغط وذلك يكون بعد الحقن مباشرة. هذه الأعراض قد تستمر لمدة أسبوع.

ورم دموي - تيبس في المنطقة المحقونة - حدوث انتفاخ أو تورم أو التهاب او حساسية - حدوث تأثير بسيط أو عدم حدوثه

بشكل عام تكون هذه العلامات بدرجة معتدلة الى خفيفة وسوف تخفي من تلقاء نفسها بعد عدة أيام من جلسة الحقن.

الآثار النادرة الأخرى تتضمن:

لا يمكن التنبؤ بمدة استمرارية الفيلر في الجسم سواء أقصر أو أطول من المدة المتوقعة عدم تناظر الوجه - تغير طويل الأمد في لون الجلد - خمج فيروسي أو خمج جرثومي

ندبة-تقرح - ورم حبيبيومي - صدمة تحسسية - العمى لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 6 إلى 9 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح.

إنني أتفهم مدى اهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء او تأجيل المواعيد. وأيضا اتفهم 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: _____

اسم المعالج: _____