



File No: .....

Date: 17/3/19

Date: ... / ... / .....

File Number: 1001773

Patient Name: Yasmeen Zaki

اسم المريض

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / ... / ..... Gender (الجنس): M F

Marital Status (الحالة الاجتماعية): .....

Nationality (الجنسية): .....

Occupation (الوظيفة): .....

Address (العنوان): .....

Phone No. (رقم الهاتف): 050.633.2184

E-MAIL: .....

How did you know about us: .....

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 تعافى 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 (نقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعافى من أي أمراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطى أي منع للحمل؟ هل تعطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes	Contraceptive.
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 تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعافى من مرض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions هل تعافى من أي أمراض أخرى؟	No	
HSV, HIV...etc 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.

I am fully aware that any payments is NON refundable

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: ... / ... / .....

### نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمع الطبيب بملاح حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتعلم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.

أتعلم 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 باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو نتائج للعلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي. كما أتعلم الإخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتعلم تماماً كافة الإخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو التقيؤ أو الام أو الصلابة

أتعلم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قيمته لدى فحصي الملف صحية. و أعلم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الإفلاخ عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقييم هذا الأقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

أنا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (من دون السن القانونية):

*apraspelli*

التاريخ: ... / ... / .....

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg  
Pulse (النبض): ppm  
Height (الطول): cm  
Blood Pressure (الضغط الدم): /  
Blood Type (نوعية الدم):  
Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي

Allergies الحساسيات

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة، إدخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (مخدرات): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No: .....

Date: / /





خطة العلاج Treatment Plan

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME: Yasmin Zaki

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
17-3-19	Patient will do Full body VIKINI Took 6 Sessions from her Friend Samah Zaki file no (1001606) Pkg 4900 Cancelled from her file			
17/6/19	LHR full body (VIKINI)			
05/08/19	LHR Full body (VIKINI)			
02/10/19	LHR - Full body (VIKINI)			
13/11/19	LHR - Full body (VIKINI)			

د. وسام مروان الطباع  
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
Dermatology specialist  
الطبيب المتخصص في أمراض الجلد  
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
Dermatology specialist  
الطبيب المتخصص في أمراض الجلد  
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
Dermatology specialist  
الطبيب المتخصص في أمراض الجلد  
MOH License No. 1552  
Orchid Medical Centre





precisely Kindly Answer the following questions

\*يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟	<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار
	<input checked="" type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار
	<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
	<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes/ No هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جندرة؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> Yes نعم
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes نعم
Have you Taken Akutan or isotretinoin in the last 6 months? Yes/ No هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes نعم
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes/ No هل استخدمت ريتين أ أي أو منتجات حمض الهيدروكويك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes نعم
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No هل قمت بيقف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes نعم
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes نعم
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes نعم
Do you Have any tattoos on site? Yes / No هل لديك أي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes نعم
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes/ No هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes نعم
What products you are using for your skin recently? ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حاليا؟	
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes/ No هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes نعم
For Ladies: Are You Pregnant? Yes / No السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes نعم
Have you done any permanent make up? Yes/ No هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes نعم

I, Ay Ammi Zaki hereby consent that I agree 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.

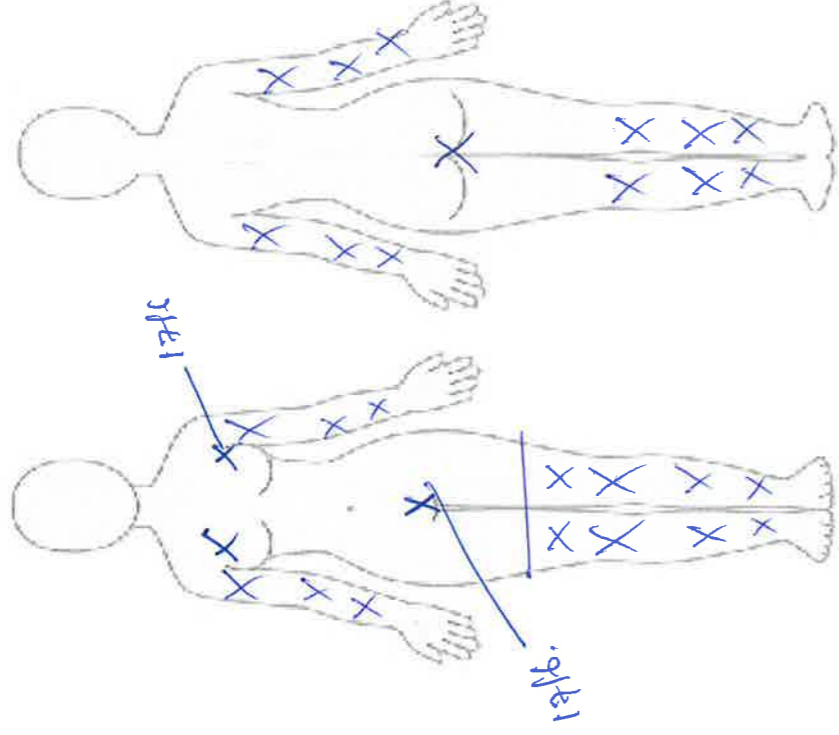
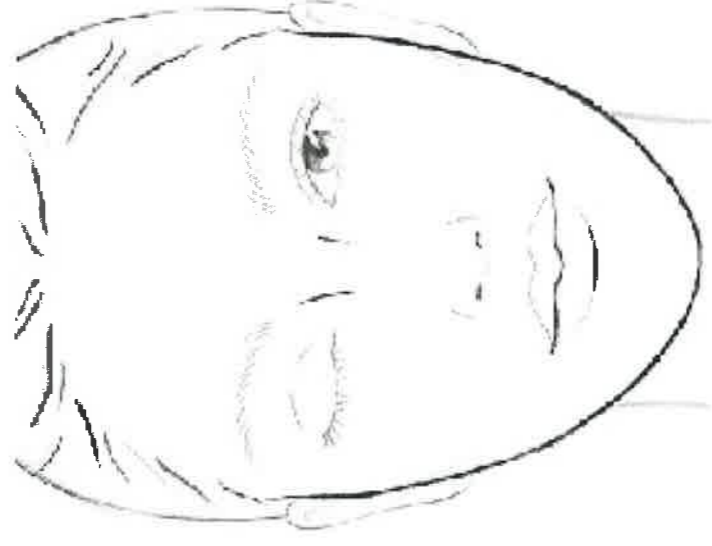
Name and Signature Ay Ammi Zaki  
Date 17.03.2019

أقر أنا أى أمى زكى بالشراكة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر. وأتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قوتها على إنهاء الشعر. وأتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة وفرع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وإني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق والتف والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكوي وإني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تفقت التعليمات التالية:  
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.  
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.  
- الريموم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.  
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات والحساسية ونوع 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 أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.  
الأعراض الجانبية  
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. وهذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تديم في حال حدوثها. ويصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.  
أقر أنه قد أتيت لي الفرصة للتسمير و توجب الامتلاء الى المعالج المختص و أني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي و أني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الإسم و التوقيع  
التاريخ  
..... / ... / .....

Patient's Name: Xasmin Zaki ..... 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	17/03/19	17/6/19	05/08/19	02/10/19	13/11/19	
Treatment Area	Full Body	Full body	Same	Same	Same	
Hair Type	Dark-line	Fine / Dark	Medium	Same	Soft / Med	
Mode	DPI / FDP	DPI	FDP	DPI / FDP	DPI / FDP	
Fluence	22 J/cm2	7/6	26 J/SHORT	DPI / FDP	DPI / FDP	
Pulse Type	SHORT	7/6	26 J/SHORT	26 J/SHORT	26 J/SHORT	
CNT Pulse			7/6	26 J/SHORT	26 J/SHORT	
Passes	2	2	2	7 J/SHORT	8 J/SHORT	
Starting Time	10:20 AM	3 pm	7 pm	1 pm	2 pm	
Finish Time	11:30 AM	4 pm	8 pm	2 pm	3 pm	
Post Treatment	MEBO					

Therapist Name and Signature ..... Beena .....

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**

<b>Name</b>	Yasmin, Yasmin, Vanadis Zaki	<b>IDN:</b>	784199042957961	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	ياسمين فاناديس زكي	<b>Card Number:</b>	092074728	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	DEU	<b>Family ID:</b>	
<b>Title(Ar):</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	المانيا		
<b>Issue Date:</b>	06/12/2018	<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	03
<b>Expiry Date:</b>	05/12/2021	<b>Date of Birth:</b>	30/01/1990	<b>Sponsor Name:</b>	محمد اسماعيل سيد فؤاد
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	02956404
<b>Residency Type:</b>	03	<b>Residency Number:</b>	20120183406739	<b>Residency Expiry:</b>	05/12/2021
<b>ID Type:</b>	IL	<b>Occupation:</b>	99	<b>Occupation Field:</b>	00



Photo

Signature Image

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

3/17/2019