



File No:

Date: 19/3/19

Date: ... / ... /

File Number: 1001781

Patient Name: Mawaa Hamdy اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 20/5/1985 Gender (الجنس): M / F (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Egyptian Occupation:

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 0556630452

E-MAIL:

How did you know about us:

الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم تذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	No	
Corticosteroids/immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى 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 ممييعات للدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (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 حبوب للحمل؟ هل تعطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	Not pregnant. use IUD
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي 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 هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...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 of 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 وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المرؤول.

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 العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تعمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التشخيصية المقدمة لي. كما أتفهم الإخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

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

و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتهاب أو القوم أو التزيف أو الالم أو الصساسة

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 قنصتي السلف صحيحة و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

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

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

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

التاريخ: / ... /

me

المؤشرات الحيوية

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy للحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة , أحوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): 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

.....



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

precisely Kindly Answer the following questions

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟	<input type="checkbox"/> دائماً المحترق , قليل التان <input type="checkbox"/> دائماً المحترق , عديم التان <input checked="" type="checkbox"/> قليل الاحترق , دائماً التان <input type="checkbox"/> نادراً المحترق , دائماً التان
هل ظهرت لديك علامات ندوب أو جندرة ؟ نعم / لا	لا
هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو قروح في منطقة العلاج ؟ نعم / لا	لا
هل تناولت عقار الأكيبتان/اليسوتريتين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم/ لا	لا
هل استخدمت ريتين أو أي منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج ؟	لا
هل قمت بنق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا	لا
هل قمت بآخر مرة تعرضت فيها لامعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحلقة شمسية؟	لا
هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا	لا
هل لديك أي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا	لا
هل تم تشخيصك سابقاً بأي مشكلات هرمونية؟ نعم / لا	لا
ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشربك حالياً؟	
هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا	لا
السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا	لا
هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا	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 / /

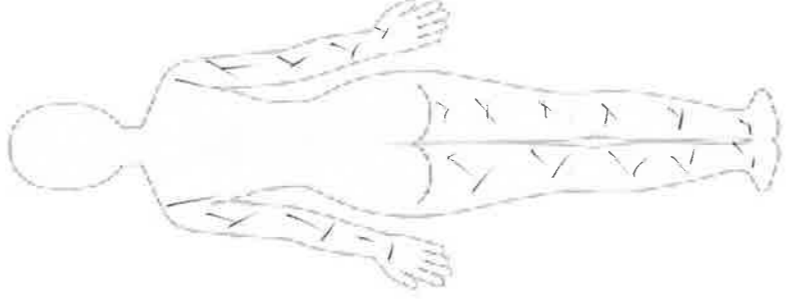
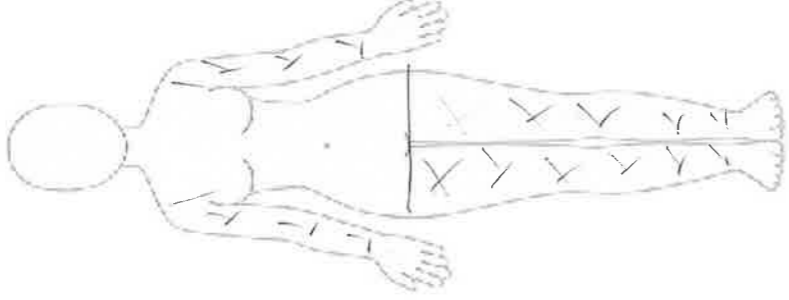
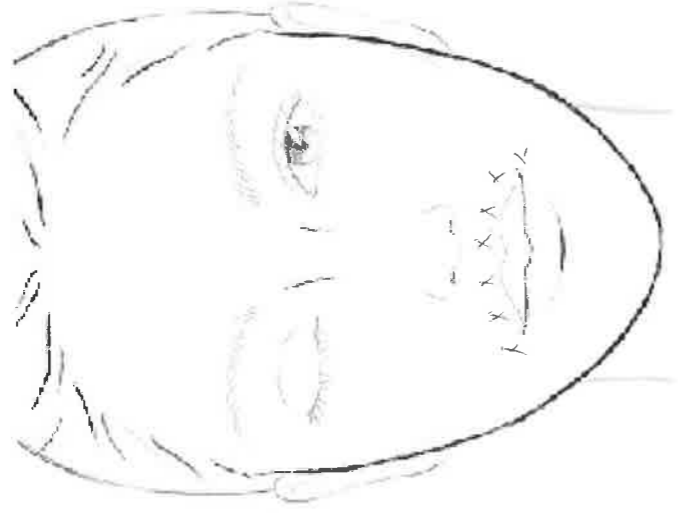
أقر أنا
 مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.
 أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتحمل قدرتها على انهاء الشعر. وأتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و أنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتف و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.
 أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:
 - لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل و بعد العلاج.
 - يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب ٦ 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 الأكيبتان خلال الست أشهر الماضية و أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
 أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من الجلسة الأولى يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.
 الأعراض الجانبية
 قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحرقوف. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة ايام 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 أتيت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ / /

Patient's Name: Maryam Hamdy إسم المريض
File Number: رقم الملف
Pain Relief given? Yes / No تخفيف الألم
Evaluation and consent form completed? Yes / No تقييم المريض
Pretreatment photography taken? Yes / No التصوير الفوتوغرافي قبل العلاج

1001781



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date						
Treatment Area						
Hair Type						
Mode						
Fluence						
Pulse Type						
CMT Pulse						
Passes						
Starting Time						
Finish Time						
Post Treatment						

Therapist Name and Signature

الإسم: مروة حمدي يوسف
الجنسية: مصر

Name: Marwa Hamdy Youssef
Nationality: EGYPT
Staff ID: 118915
ID: 2301402194301
Valid From: 01/01/2015
DOB: 20/05/1985
Deductible: Network: Nil
DHA: AED 20
Category: A
Network: Platinum
Inclusions: G-10, G-15, G-9
Co-Ins: Op: 20% IP: 20% PH: 20% Optical: 50% Dental: 20%



الرقم الوطني:
رقم البطاقة:
تاريخ الصلاحية:
الحصن: الضحية:
هيئة الصحة في دبي:
السنن:
الضحية:



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 682.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003013)

Date:19-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001781 - MARWA 00. - 971557471455

The sum of Dhs. Six Hundred Eighty-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 47.25 / By Credit Card 635.25 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 19-03-2019

Being FULL LEGS + UNDER ARM+UPPER LIP + 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 : 1001781 - MARWA 00. - 971557471455

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