



File No:

Date: 28/3/19

Date: 28/3/2019

File Number: 10018225

Patient Name: Jawshef Younis

اسم المريض: جوشيف يونس

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 4/1/1999

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): Emirati

Occupation (الوظيفة): طالب

Address (العنوان): Shj

Phone No. (رقم الهاتف): 054 7872666

E-MAIL: y.albannay@gmail.com

How did you know about us: Online

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 حديثاً؟	Y	Nexium
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	N	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Y	Mebo
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	Y	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	N	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	N	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	N	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	N	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	N	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	N	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	N	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	N	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	Y	migrane
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	N	
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي امراض أخرى؟ فيروس الأبتير، فيروس الحلا البسيط etc	N	



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 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 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 التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للعمليات 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمته لدى فريقي الملف صحية، و أتفهم أن 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 بكامل اراضي

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

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 (نصية الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (مغط 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 (التخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة والسيرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



PATIENT NAME: *Jawaher*

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
28-03-19	19 PT Paid Full body plus pkg 5900 AED Shared with head Sis Anood file No: 1001826 6 Session each.	1500		
20/3/19	LHR Full body plus.			
11/05/19	LHR - Full body plus (Vikini)			
15/06/19	LHR Full Body PLUS			
24/07/19	LHR Full Body PLUS			
24/8/19	LHR Full Body			
25/09/19	LHR - Full body plus (GHA)			
21/11/19	LHR - Full body plus (Fib)			
29/02/20	LHR - Full body plus (Dela)			

Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No.: V826
Orchid Medical Centre

Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No.: V826
Orchid Medical Centre

Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No.: V826
Orchid Medical Centre

Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No.: V826
Orchid Medical Centre

Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No.: V826
Orchid Medical Centre

Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No.: V826
Orchid Medical Centre

Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No.: V826
Orchid Medical Centre

Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No.: V826
Orchid Medical Centre

Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No.: V826
Orchid Medical Centre

precisely Kindly Answer the following questions

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عنيدة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input checked="" type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا
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
Have you Taken Akutan or Isotretinone in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroquonen on Site? Yes/ No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بنق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately?	هل كنت قد تعرضت في الآونة الأخيرة لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بطسمة تسمير؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك أي وشموم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
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
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

I hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Sherjah 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 بصحة ما كتبت في هذا النموذج من المعلومات المتعلقة بعلاج إزالة الشعر بالليزر. أنا متأكد من أنني أفهم تمامًا أن الليزر ينتج شعاعًا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يمتصها صبغة الميلانين الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إنهاء الشعر. أفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والالتزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وأني أعلم على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفكك والتفكك والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكلي وإني اختارت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد فهمت التعليمات التالية:
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تعادي إزالة الشعر بالشمع أو التفكك قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- التسمير والتفكك والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي الكامل ويشمل ذلك العلاجات والمساحية 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.
أفهم أنه برغم التغيير الذي قد يحدثه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

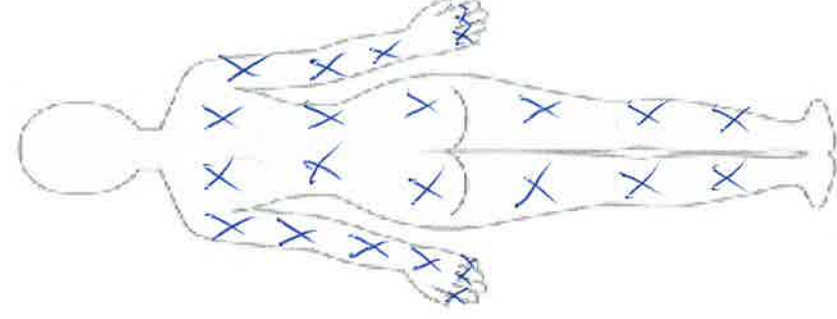
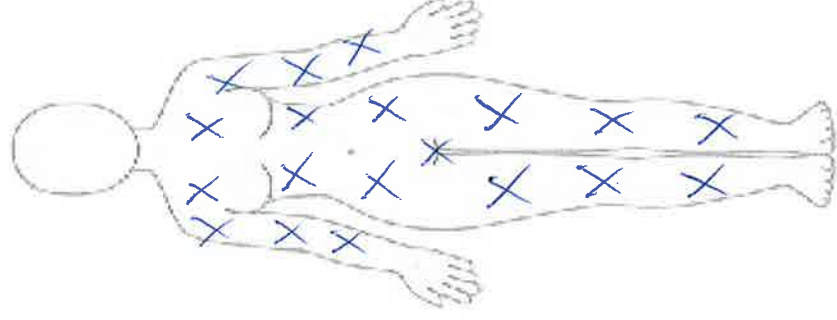
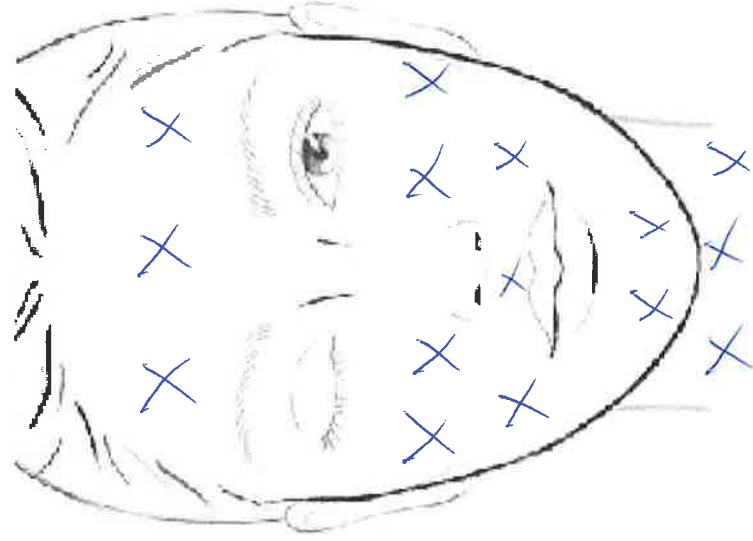
الأعراض الجانبية
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق، ومن الممكن حدوث بعض التورم والتشققات. وهذه الأعراض الجانبية ستلتشى خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تدعم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
أقر أنه قد أتيح لي الفرصة للاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص وأني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. وأني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الإسم و التوقيع

التاريخ

2019.13.28

Patient's Name: **فاطمة محمد** اسم المريض
 File Number: **15018** رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No **15018**



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	30/03/19	11/05/19	15/06/19	24/07/19	24/8/19	25/09/19
Treatment Area	FULL BODY + Coarse, dark	Same	Same	Same	full body +	Same
Hair Type	DPI	Same	medium	Medium	M	M
Mode	18-16	DPI / FDP	DPI / FDP	DPI / FDP	DPI / FDP	DPI / FDP
Fluence	SHORT / BURST	16-18	18 J	SHORT	22/SH 7/7	22/6J
Pulse Type	2	2	2	2	2	2
CNT Pulse	12:10 pm	9 pm	4:30 pm	3 pm	10:30 N	5:30 pm
Passes	2:10 pm	10:55 pm	6:30 pm	5 pm	12:30 N	7:20 pm
Starting Time	FUCICORT				Hi medoid	None
Finish Time						
Post Treatment						

Therapist Name and Signature **Beena**

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	Jawahir, Younis, Saleh, Ahmed, Albannay	IDN:	784199741703500	Mother Name:	Nada Abaas
Name (Ar)	جوارير يونس صالح احمد الباناي	Card Number:	093809637	Mother Name (Ar):	نادي عباس
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	301012374
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	27/03/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	27/03/2024	Date of Birth:	04/01/1997	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	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>

3/28/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,500.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003110

Date: 28-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001825 - JAWAHER 00. - 971547872666

The sum of Dhs. One Thousand Five Hundred Only

By Cash 1,500.00 / 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:

ing ADVANCE FOR FULL BODY PLUS VIKINI 5900+ VAT SHARED WITH HER SISTER AL ANOOD FILE NUMBER(1001826)

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

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,500.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003134)

Date:30-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001825 - JAWAHER 00. - 971547872666

The sum of Dhhs. **One Thousand Five Hundred Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **1,500.00**

Bank: Cheque No.

Date: **30-03-2019**

Being **ALLOCATED FOR FULL BODY 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 : 1001825 - JAWAHER 00. - 971547872666

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



مركز أوركيدي الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,597.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003133)

Date:30-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001825 - JAWAHER 00. - 971547872666

The sum of Dhs. One Thousand Five Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 1,597.50

Bank: Cheque No.

Date: 30-03-2019

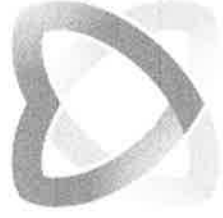
Being PT PAID FOR PKG 5900 FULL BODY PLUS SHARED WITH HER SISTER AL ANOOD FILE NUMBER (1001826) 1ST SESSION DONE
REMAINING SESSIONS 5

*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 : 1001825 - JAWAHER 00. - 971547872666

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,597.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003132

Date: 30-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001825 - JAWAHER 00. - 971547872666**

The sum of Dhs. **One Thousand Five Hundred Ninety Seven and Five Fils Only**

By Cash **1,597.50** / 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:

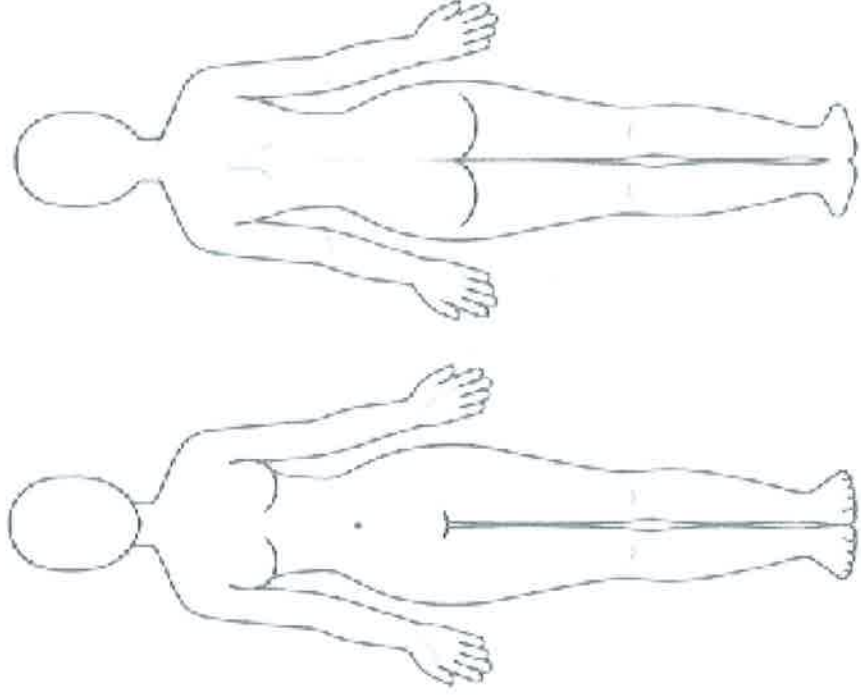
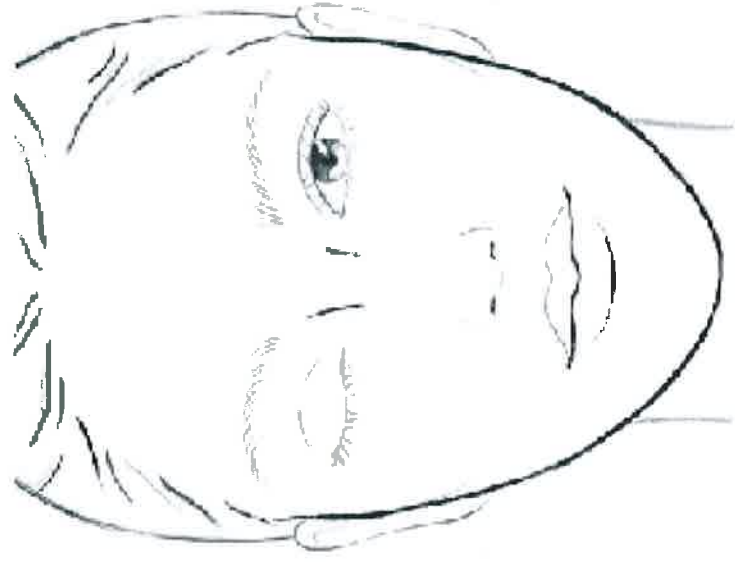
Being **PT PAID FOR 6 SESSION FULL BODY PKG(5900) SHARED WITH HER SISTER AL ANOOD FILE NO:1001826**

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

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

Patient's Name: Jawaher Younis
 File Number:
 Pain Relief given? Yes / No
 رقم الملف:
 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	22/11/19	29/02/20				
Treatment Area	Full body +	Same				
Hair Type	Med/Dark	Alen 20				
Fluence	DPI/FDP	8J/10-10.5				
Pulse Type	QSP/SHORT	10-15cm				
CNT Pulse	7-6/SHORT	11:20pm				
Passes	2					
Starting Time	5pm					
Finish Time	7pm					
Post Treatment		HIROD01D				

Therapist Name and Signature