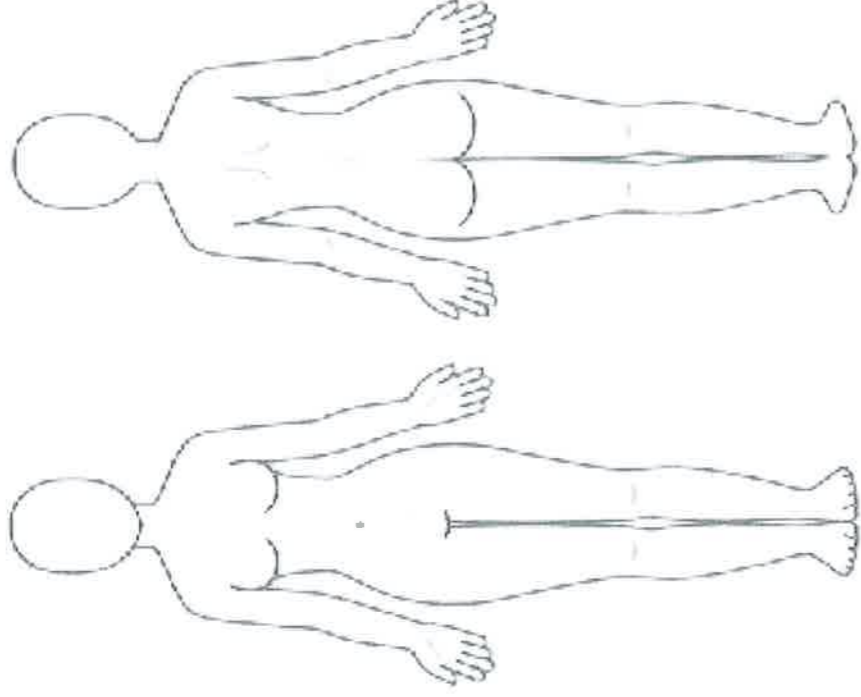
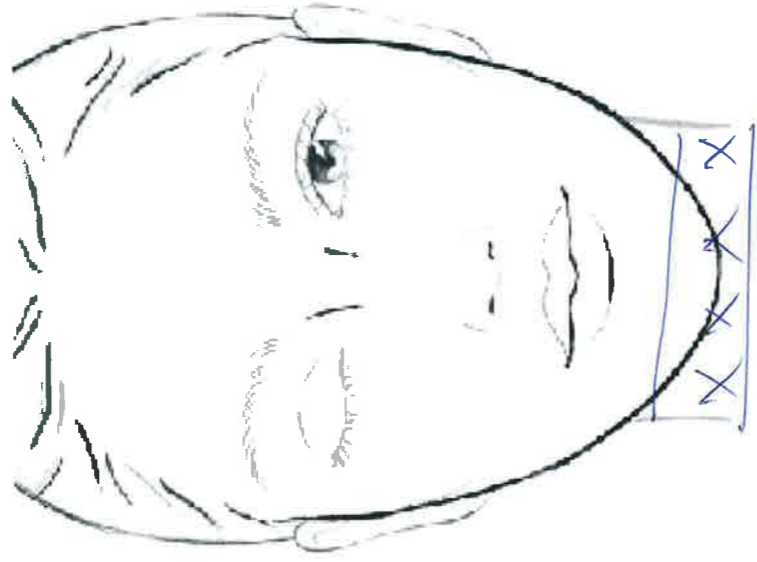


Patient's Name: Mohd Rashid ..... إسم المريض: .....

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	29/12/19					
Treatment Area	Neck					
Hair Type	Thick					
Mode	NDYAG					
Fluence						
Pulse Type	10J/18ms					
CNT Pulse						
Passes	1					
Starting Time	6:35 pm					
Finish Time						
Post Treatment	HR00010					

Therapist Name and Signature .....



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1001861

Date: 3/4/19

Date: 3/4/2019 File Number: 1001861

Patient Name: Jihana Mahran M. S. اسم المريض: Jihana Mahran M. S. Annas

Sex: Of Birth : 6/10/91 Gender: M / F (الجنس) Marital Status: (الحالة الاجتماعية) : متزوج

Nationality: (الجنسية) : Egypt Pt. Occupation: (الوظيفة) : .....

Address (العنوان) : RAK Phone No. (رقم الهاتف) : 0535555555

E-MAIL: j.hana.91@gmail.com How did you know about us: via facebook

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	X	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبّطات للمناعة؟	X	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	X	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	X	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	X	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	X	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) ، لوكيميا	X	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، أمراض أخرى	X	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	X	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	✓	متابع العمل
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء ، أي أمراض كبدية أخرى	X	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	X	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	X	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	X	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc 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.

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 المسؤول.

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 اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية 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 الي 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 لي قد بقي السلف صحيحة و أتفهم ان اي 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 ارادتي

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

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

التاريخ: ١٩ / ١١ / ٢٠٠٣

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): 74 Kg	Height (الطول): 164 cm	Blood Type (نمط الدم): B+
Pulse (النبض):	Blood Pressure (ضغط الدم): /	Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

فقدان الشهية

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير) : Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

Treatment Plan خطة العلاج

- ① Scaling & polishing
- ② Composite fillings.
- ③ Extraction of L8.
- ④ ~~Extraction of L8.~~

Doctor's Signature and Stamp

Dr. Dada





PATIENT NAME: Jihan FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
3/4/19	LHR FULL BODY (VIKINI) Pack-4910. Shaving e her Sister.			Beena,
	One Session done, \$ Balance			
	Scaling + Polishing free			
8/6/2019	Free Scaling & polishing			Dr. Dalq
8/6/19	* LHR full body (VIKINI)			Beena
16/7/19	LHR Full body (VIKINI)			Beena
22/08/19	LHR - hair body (VIKINI)			Beena
10/10/19	hair - hair body (VIKINI)			Beena
16/11/19	LHR - Biluni, VA (Vikini)			Beena
18/12/19	hair - hair body (Deka)			Beena

د. وسام مروان الطباع  
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
Dermatology specialist  
MOH License No: V826  
Orchid Medical Centre  
مركز اوركي الطبية

د. وسام مروان الطباع  
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
Dermatology specialist  
MOH License No: V826  
Orchid Medical Centre  
مركز اوركي الطبية

د. وسام مروان الطباع  
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
Dermatology specialist  
MOH License No: V826  
Orchid Medical Centre  
مركز اوركي الطبية

د. وسام مروان الطباع  
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
Dermatology specialist  
MOH License No: V826  
Orchid Medical Centre  
مركز اوركي الطبية

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟

دائماً المحترق , little tanned  
 دائماً المحترق , Never Tanned  
 قليلاً المحترق , Always Tanned  
 نادراً المحترق , Rarely Tanned

هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جندرة؟ نعم / لا

هل ظهر لديك حلا بسيط أو بشر أو قرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا

هل تناولت عقار الأكيبتان/ الأيسوترتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا

هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهاليدريكوتون في منطقة العلاج؟ نعم / لا

هل أنت حامل؟ نعم / لا

هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

هل أنت حوامل؟ 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  
 ... / ... / .....

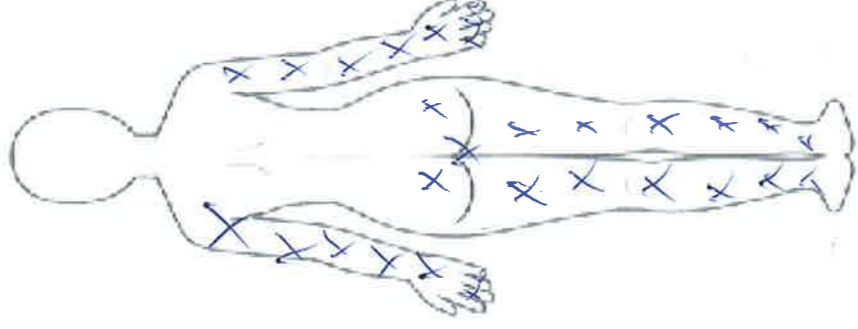
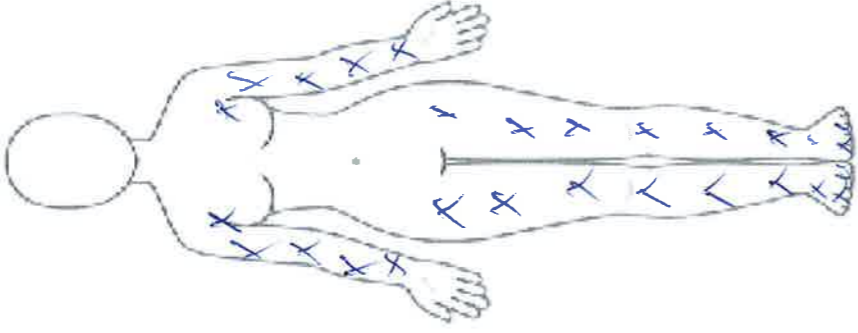
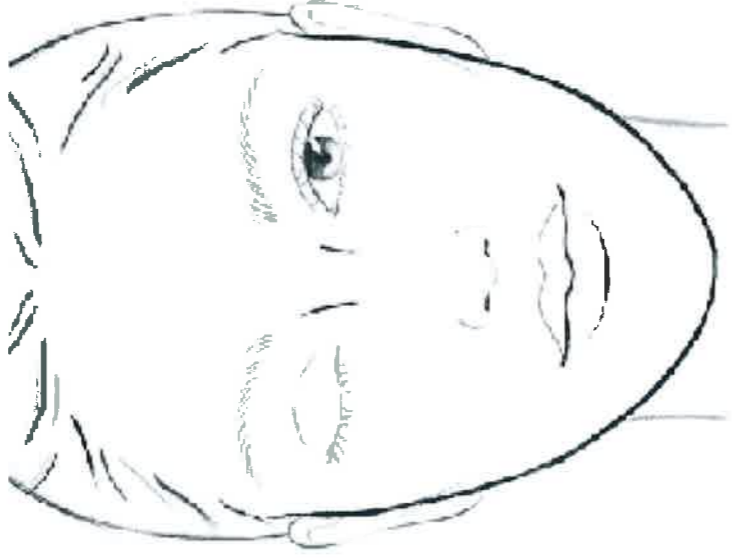
أقر أنا .....  
 مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المحفور.  
 أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إتمام الشعر.  
 وأتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وإني علم على كامل كافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق والتف والكريمات وإزالة الشعر بالشمع وقد تلقيت 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.  
 - الوشم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.  
 - يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات والحساسية ونوع البشرة  
 - الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيبتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.  
 أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه 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. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات التي عدة أيام بعد العلاج. تقص 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 أتيتحت لي الفرصة للإستسار و توجيه الإستشارة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قرأته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانوني.

الإسم و التوقيع

التاريخ

3/11/19

Patient's Name: Jihan Mahas .....  
 File Number: .....  
 Pain Relief given? Yes / No .....  
 رقم الملف: .....  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No .....  
 Pretreatment photography taken? Yes / No .....

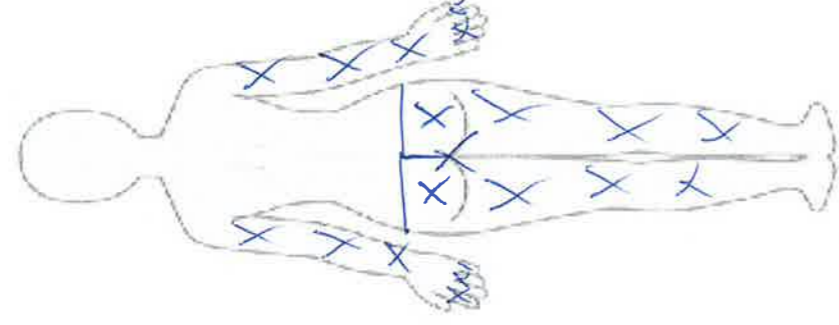
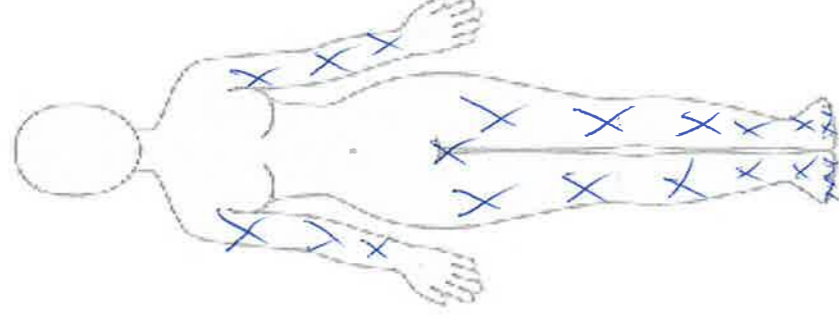
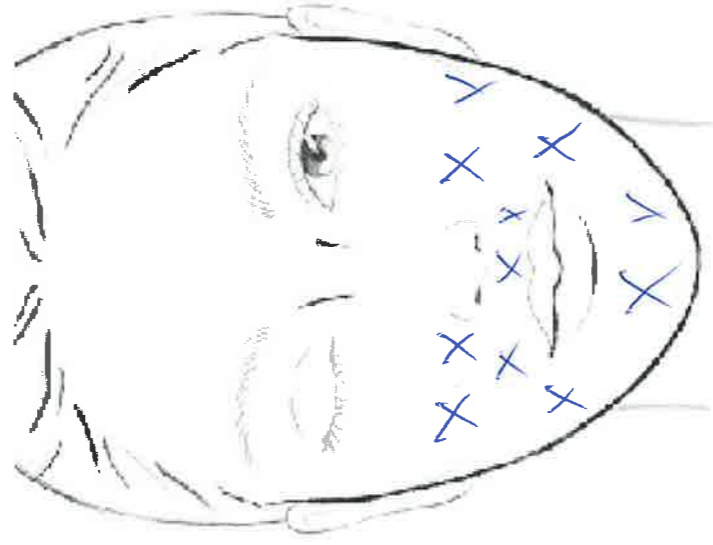


	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	Deka					
Treatment Area	18/12/19 - full body					
Hair Type	Soft / Med.					
Mode	Alex					
Fluence						
Pulse Type	85/10-12					
CNT Pulse	12pm					
Passes	1 pm					
Starting Time	HIRUDOD					
Finish Time						
Post Treatment						

Therapist Name and Signature .....



Patient's Name: NIHAN MATROUS اسم المريض  
 File Number: ..... رقم الملف  
 Pain Relief given? Yes / No ..... Evaluation and consent form completed? Yes / No  
 Pretreatment photography taken? Yes / No ..... 1001861



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	3/4/19	08/06/19	16/7/19	22/08/19	19/10/19	16/11/19
Treatment Area	FULL BODY	Same	FULL BODY	Full body	Same	Same
Hair Type	MEDIUM	medium	HIDARK	M/Dark	M/Dark	Thick
Mode	DPI, FDP	DPI/FDP	DPI FDP	DPI/FDP	DPI/FDP	FPP
Fluence	18J/7J	22J/SHORT	24J 16/6	22J/SHORT	24J/SHORT	7J/short
Pulse Type	SHORT		(No face)	6-7/SHORT		
CNT Pulse			2	2		
Passes	2	2				
Starting Time	3:45 pm	10:45 am	3:30	2:30 pm	4 pm	11:30 am
Finish Time	4:55 pm	12 pm	5 pm	4 pm	5:15 pm	11:50 am
Post Treatment						

Beena

Therapist Name and Signature ..... Beena

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO

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**

Name	Jihan Mahrous, Azuz Amer	IDN:	784199163646039	Mother Name:	
Name (Ar)	جهان محروس, عزيز عامر	Card Number:	087009125	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	08/01/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	02
Expiry Date:	30/12/2020	Date of Birth:	06/10/1991	Sponsor Name:	محمد على زيد مسعوده الحنبى
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	448727
Residency Type:	03	Residency Number:	60120173012134	Residency Expiry:	30/12/2020
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

4/3/2019



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,286.25

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003211

Date: 03-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001861 - JIHAN MAHROUS - 971504804210

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:

AED ADVANCE FOR FULL BODY PKG 4900 ( SHARING WITH HER SISTER AMIRA - 1001860)

Made by Hiba

- 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](mailto:info@omc1.ae)[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 500.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004410)

Date:16-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001861 - JIHAN MAHROUS - 971504804210

The sum of Dhs. **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 **500.00**

Bank: Cheque No.

Date: 16-07-2019

Being

Made by **Hiba**

- 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 : 1001861 - JIHAN MAHROUS - 971504804210

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,072.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004409)

Date:16-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001861 - JIHAN MAHROUS - 971504804210

The sum of Dhs. Two Thousand Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 213.75 / By Credit Card 572.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 1,286.25

Bank: Cheque No.

Date: 16-07-2019

Being FULL BODY VIKINI 1 YEAR PKG + VAT SHARED WITH HER SISTER 1001860

Made by Hiba

- 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 : 1001861 - JIHAN MAHROUS - 971504804210

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