



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: ١٥٥١٨٢٢

Date: 3 ١٢ 2019

Date: 3 / 4 / 2019

File Number: ١٥٥١٨٢٢

Patient Name: Yusra Salim Al-shaer اسم المريض: المسيرة:
.....
.....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ١٩ / ٦ / ١٩٨٩ Gender (الجنس): M / (F) Marital Status: (الحالة الاجتماعية):
.....
.....

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

Address (العنوان): Phone No. (رقم الهاتف): ٥٥٦ - 8٢٢٦٦٦٦٦
.....
.....

E-MAIL: al-shaer-y@kotmail.com How did you know about us: Sister
.....
.....

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details اذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي امراض؟	لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا	انيميا
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لو كيميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض أخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعالنين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو اي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions هل تعاليت من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الأبتز، فيروس الحلا البسيط	لا	

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 اي ضمانات أو تامين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما 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 القروح أو التزريف 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 لدى فحفي الملف صحية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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: 3. / 4. / 19..

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 (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 ، ادخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

* Class I Bimaxillary protrusion
Incompetent lips

Treatment Plan خطة العلاج

1000

3/4/2019

lip reshaping



1 ml used mostly w.v.v

No issues

After can renewed

Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI
D50047
Specialist Dermatology



24/4/2019: patient wants increase in volume of the lips
there are 2 nodules on upper lips
filled 1 ml

DR. WESA

Doctor's Signature and Stamp

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO

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	Yusra,Salim,Said,Ali,Alshaar	IDN:	784198980658201	Mother Name:	Aisha
Name (Ar)	يسرا,سالم,سعيد,علي,الشااعر	Card Number:	081184408	Mother Name (Ar):	عائشة
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	60801717
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	12/12/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	12/12/2026	Date of Birth:	19/06/1989	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://orchidsvt/EMID/default.aspx>

4/3/2019



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003221)

Date: 03-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001872 - YUSRA 0 - 971568776676

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:

Date: 03-04-2019

Cheque No.

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 : 1001872 - YUSRA 0 - 971568776676

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004307)

Date:03-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001872 - YUSRA 0 - 971568776676

The sum of Dhs. One Thousand Fifty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,050.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Date: 03-07-2019

Cheque No.

Being BRACES DOWN PAYMENT + VAT

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 : 1001872 - YUSRA 0 - 971568776676

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



مركز أوركيك الطبية
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 682.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005869)

Date: 06-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001872 - YUSRA 0 - 971568776676

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

By Cash 682.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 06-11-2019

Being SCALING AND POLISHING AND REGULARE WHITENING + 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 : 1001872 - YUSRA 0 - 971568776676

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