



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: ١٥٥١٤٧٤

Date: ٦/٦/٢٥١٩

Date: ٥٤/٥٤/٢٥١٩

File Number: ١٥٥١٤٧٤

Patient Name: Tawhaim Saibhan

إسم المريض: .....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد) : ٢٠٥٤/١٠١٩٦٦ Gender (الجنس) : M / F

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

Nationality (الجنسية) : Syrian

Occupation (الوظيفة) : .....

Address (العنوان) : TMC, Area 1

Phone No. (رقم الهاتف) : ٥٥٥١٦٥٥٤٥٥٥٨

E-MAIL: bawneem2005@hotmail.com

How did you know about us: Fnd

التاريخ الطبي Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition		
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	No	
Cortisteroids/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 تعاني 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 مسيلات للدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لو كيميا (نقر الدم)، انيميا	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 مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
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 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: ٠٦/٠٤/ 201٩

### 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 ترميدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم 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 لتأجيل العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن 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 قدمته لي تخفي للملف الصحية 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 بكمال ارادتي

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): 54 Kg	Height (الطول): 172 cm
Pulse (النبض): 95 ppm	Blood Pressure (الضغط الدم): /
	Blood Type (فصيلة الدم): A+
	Blood Sugar (السكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History	NO history
الحساسية: Allergies	No allergen
الأدوية: Medications	No medication
الحمل: Pregnancy	single
عمليات سابقة: Previous Surgeries, Hospitalization عمليات المستشفى	-

Smoking (التدخين):  Y  N Alcohol (الكحول):  Y  N Drugs (العقاقير):  Y  N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



PATIENT NAME: Tasnim Saaban.

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
6/4/19	LHR FULL BODY (VIKINI) 1 <sup>st</sup> Session don.			Beena.
11/5/19	LHR full body Balance - 11 2nd session			Beena
22/6/19	LHR full body 3rd session			Beena
27/7/19	LHR full body Ali			Beena
24/8/19	LHR full body vis			Beena
05/10/19	LHR - face body (VIKINI)			Beena
22/10/20	LHR - face body (VIKINI) (Del)			Beena

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

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

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

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



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type

Always Burned , little tanned

Always Burned, Never Tanned

Little Burned, Always Tanned

Rarely Burned, Always Tanned

Have you Ever had Scars or keloids? Yes /  No

Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site?  Yes /  No

Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes /  No

Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydrocuenon on Site?  Yes /  No

Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months?  Yes /  No

Did you get exposed to sun or got tanned lately?  Yes /  No

Do/ Did you use any tanning products? Yes /  No

Do you Have any tattoos on site? Yes /  No

Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes /  No

What products you are using for your skin recently?  .....  
 .....

Have you Done Any Laser Hair Removal Before?  Yes /  No

For Ladies: Are You Pregnant ? Yes /  No

Have you done any permanent make up? Yes /  No

I, Tasnim Sabhan..... 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

06/24.2019

أقر أنا .....  
مركز أوركيد الطبي/ العارضة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المعقود.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر تعمل قدرتها على أتناء الشعر. وأفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و اني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالمق و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالشعير او استخدام مستحضرات التجميل لمدة 4-6 اسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع او التفت قبل العلاج ب 6 اسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسيه و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكيتان خلال الاسبوع الماضي او اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أفهم أنه برغم التغيير الذي قد يحدث من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحرقوق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستتلاشى 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 اني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قرأته لي و أنني تجاوزت التامة عشر من عمري او حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الإسم و التوقيع

التاريخ

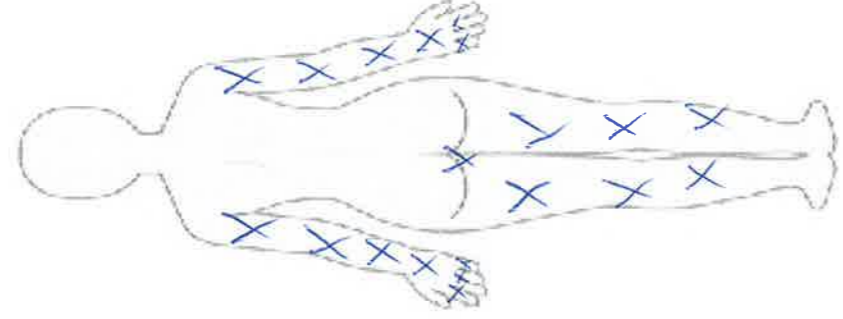
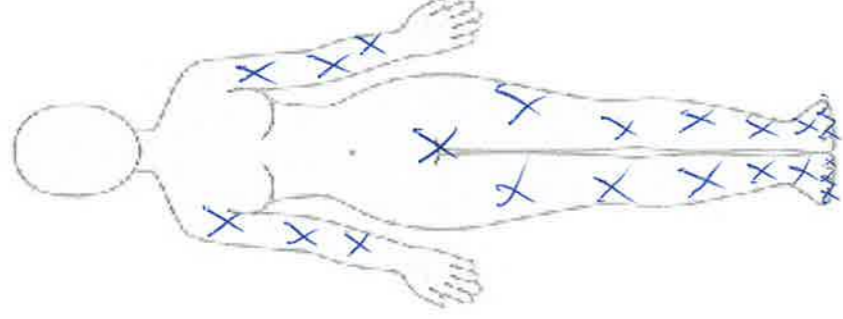
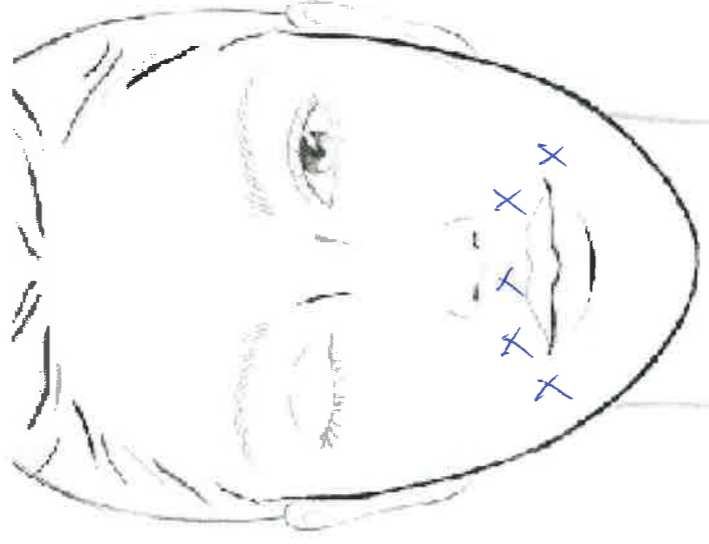
..... / ... / ...

Patient's Name: **TASNIN SAKHANA** اسم المريض

File Number: **1001876** رقم الملف

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pain Relief given? Yes / No Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	6/4/19	11/5/19	22/6/19	27/7/19	24/8/19	05/10/19
Treatment Area	Full Body, Twin Peak	Full body	Full body	full body	full body	Same
Hair Type	DPI / FDP	DPI / FDP	DPI / FDP	DPI / FDP	DPI / FDP	DPI / FDP
Mode	20/17	20J / 7/6	22J / 5	24J / 7/7	24 / 7/7	24 / 7/7
Fluence	SHORT	SHORT	5/5	5/5	5/5	5/5
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	2	2	2	2	2	2
Starting Time	11:50 AM	1:30 PM	3 PM	12:15 PM	12:00 PM	5 PM
Finish Time	1:10 PM	3:30 PM	4:30 PM	1:45 PM	1:30 PM	6:30 PM
Post Treatment		Beu	Beu	Beu	Beu	Beu

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**

Name	Tasnim,Abdulkaader, Sarhan	IDN:	784199797197037	Mother Name:	
Name (Ar)	تسنيم عبدالقادر سرحدان	Card Number:	084369719	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	SYR الجمهورية العربية السورية	Family ID:	
Issue Date:	13/07/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	08/07/2020	Date of Birth:	31/08/1997	Sponsor Name:	الجامعة الأمريكية في القاهرة
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	03	Residency Number:	30120143030548	Residency Expiry:	08/07/2020
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

4/6/2019





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,572.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003233

Date: 06-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001878 - TASNEEM SARHAN - 971501604058

The sum of Dhs. Two Thousand Five Hundred Seventy Two and Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 2,572.50 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Being ADVANCE FOR FULL BODY PKG 4900 + VAT

Paid 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 5,145.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003649)

Date:11-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001878 - TASNEEM SARHAN - 971501604058

The sum of Dhs. Five Thousand One Hundred Forty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 2,572.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 2,572.50

Bank:

Cheque No. Date: 11-05-2019

Being PACKAGE FOR FULL BODY LHR (12 SESSIONS) + VAT

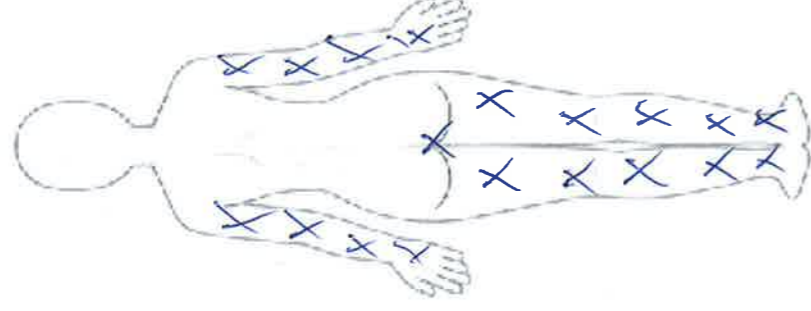
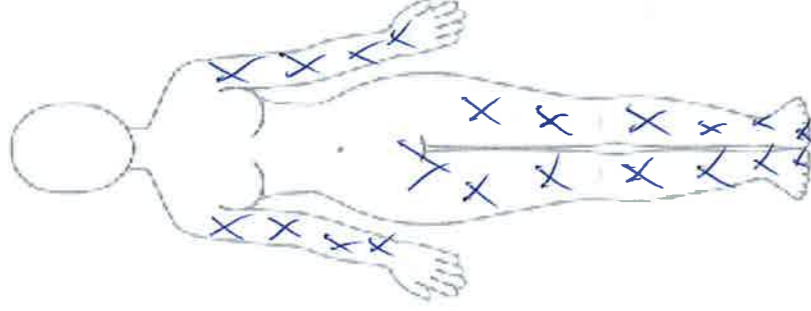
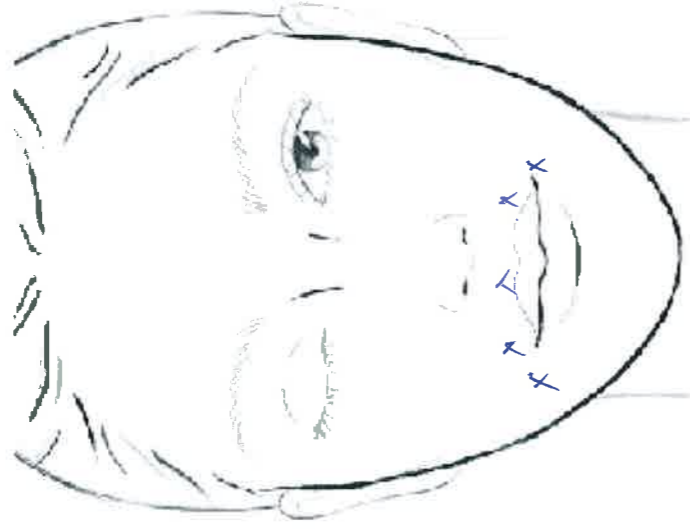
Made by Hiba

- 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 : 1001878 - TASNEEM SARHAN - 971501604058

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

Patient's Name: Tania ..... تانيا .....  
 File Number: ..... رقم الملف .....  
 Pain Relief given? Yes / No ..... 1001876 .....  
 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						
Treatment Area	<u>ax/ax/ax</u>					
Hair Type	<u>fine body</u>					
Mode	<u>Alex</u>					
Fluence						
Pulse Type	<u>8J/10ms</u>					
CNT Pulse						
Passes						
Starting Time	<u>3:10pm - 16:15ms</u>					
Finish Time						
Post Treatment	<u>HRUDOID</u>					

Therapist Name and Signature .....



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,097.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007786)

Date:22-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001878 - TASNEEM SARHAN - 971501604058

The sum of Dhs. Three Thousand Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 3,097.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date: 22-02-2020

Being she take bkj (5900) for 1 year sharing with file (1002374) + 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 : 1001878 - TASNEEM SARHAN - 971501604058

---

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