



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 6 / 4 / 19

Date: ... / ... /

File Number: 1001884

Patient Name: Dhwaleh Alkassab

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 27 / 10 / 1991

Marital Status (الحالة الاجتماعية): M / F

Nationality (الجنسية): Saudi

Phone No. (رقم الهاتف): 0532309448

Address (العنوان):

How did you know about us: F.I. friend

E-MAIL:

.....

التاريخ الطبي Medical History	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	Yes/No نعم / لا
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبّطات للمناعة؟	Yes
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	No
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) (فقر الدم)، نيميا	No
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Yes
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى 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؟	Yes
Other conditions 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: ١٩ / ٠٤ / ٢٠١٩

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 الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الاثمل و الخدمة الافضل.
- أتفهم انه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمورا 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 انه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتابع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للعوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم 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 قمته لدي فتحي الملف الصحية و اتفهم 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دم فصية 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 (تداعوي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

27/4/2019: Pt uses Differin + tretin = 3 months
plan: Meso + PRP

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME: Dheda

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
14/2019	* Full body pkg (4900) Shaving with her sister (saba)			
	* Facial pkg 3 Session.			
	* Meso Face 2 Session.			
	* Gold Stamp.			
25/1/19	* HR Full Body (VIKNI)			
15/1/19	Facial			
27/4	gold stamp			
22/5/19	HR Full Body (VIKNI) and Saba pkg - Balance - 4			
17/6/2019	Milk Peel (Demo)			
22/06/19	HR Full Body LHR 3rd			
20/07/19	HR Full Body - 4th			
20/08/19	HR Full body - 5th			
05/10/19	HR Full body - 6th pkg finished			
02/10/20	HR Full body (Deka)			

د. وسام مروان الطبايع
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 اختصاصي جلدية
 Dermatology specialist
 ترخيص رقم: 826
 MOH License No.: 826
 Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطبايع
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 اختصاصي جلدية
 Dermatology specialist
 ترخيص رقم: 825
 MOH License No.: 825
 Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطبايع
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 اختصاصي جلدية
 Dermatology specialist
 ترخيص رقم: 825
 MOH License No.: 825
 Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطبايع
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 اختصاصي جلدية
 Dermatology specialist
 ترخيص رقم: 826
 MOH License No.: 826
 Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطبايع
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 اختصاصي جلدية
 Dermatology specialist
 ترخيص رقم: 826
 MOH License No.: 826
 Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطبايع
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 اختصاصي جلدية
 Dermatology specialist
 ترخيص رقم: 826
 MOH License No.: 826
 Orchid Medical Centre

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	Dhelal,Abdulrahman,E.,Alessa	IDN:	784199146107307	Mother Name:	
Name (Ar)	طلال بنت عبدالرحمن بن عيسى العيسى	Card Number:	085979048	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SAU	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	السعودية		
Issue Date:	24/10/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	24/10/2022	Date of Birth:	27/08/1991	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	IR	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

4/6/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,924.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003237

Date: 06-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001884 - DHELAL ALESSA - 971503509448

The sum of Dhs. **Four Thousand Nine Hundred Twenty Four and Five Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **4,924.50** (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) + FACIAL PKG 3 SESSION (800) + MESO FACE 2 SESSION (950) + GOLD STAMP (490)**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
www.omc1.ae

6-4-19



precisely Kindly Answer the following questions

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟	
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	
هل ظهرت لديك سابقاً علامات تيوب أو جيرة؟ نعم / لا	
هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا	
هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا	
هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهاليدوكريونين في منطقة العلاج؟ نعم / لا	
هل قمت بنق أو كي أو إزالة الشعر بالشع في منطقة العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا	
متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم / لا	
هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا	
هل لديك اي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا	
هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا	
ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حالياً؟	
هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا	
السيارات فقط : هل انت حامل؟ 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 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

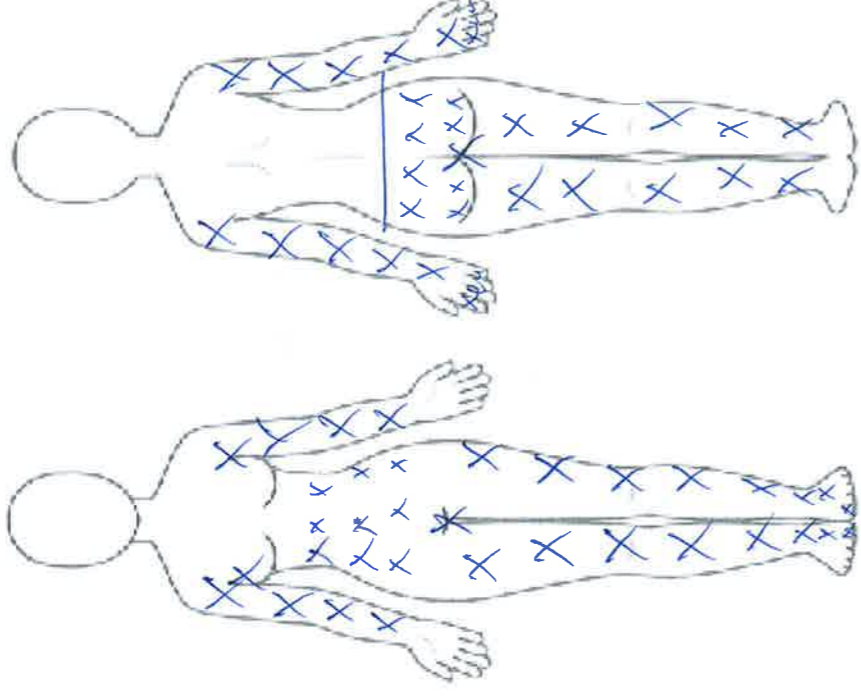
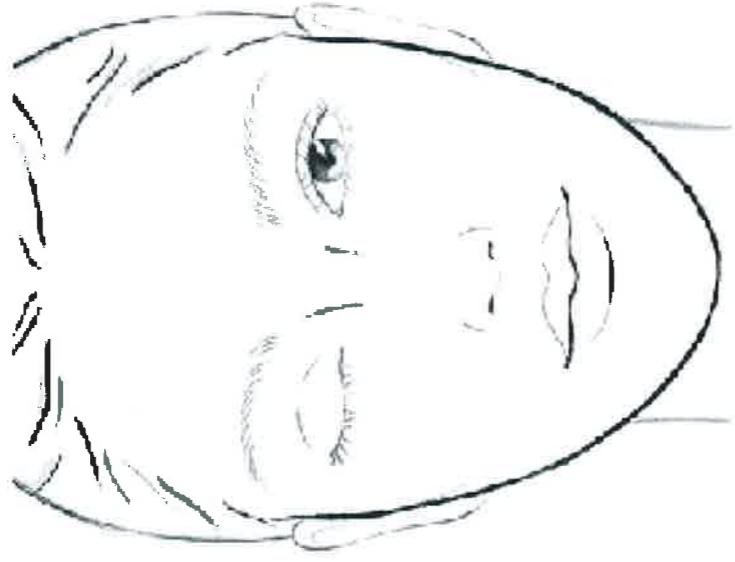
Date

أقر أنا مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور. وأتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر فتعمل قدرتها على إتمام الشعر. وأتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلوق و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشع و قد تلقيت التعليمات التالية:
 - لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل وبعد العلاج.
 - يجب تقادي إزالة الشعر بالشع و 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 الحساسيات و نوع البشرة
 - الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية و اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
 أتفهم 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. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الي عدة أيام 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 أتحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار 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

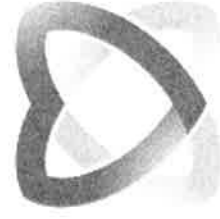
التاريخ

Patient's Name: Dhehal Abdul Rahman 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	04/01/20	25/02/20	16/5/20	18/6/20		
Treatment Area	full body	Same	full body	Same		
Hair Type	Med/Dark	Soft/Thin	Soft ID	Soft		
Mode	NDYAG	NDYAG	ND YAG	NDYAG		
Fluence	16/15ms	16J/14ms	17J/15ms	16J/15ms		
Pulse Type	14/17ms-Bikini	Bikini-16J/5ms	16J/15 Bikini	Bikini-15/5		
CNT Pulse	6:30pm	10:30pm				
Passes	7:30pm	1:30pm				
Starting Time						
Finish Time						
Post Treatment						

Therapist Name and Signature *ben*



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 600.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-007835

Date: 25-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001884 - DHELAL ALESSA - 971503509448**The sum of Dhs. **Six Hundred Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **600.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

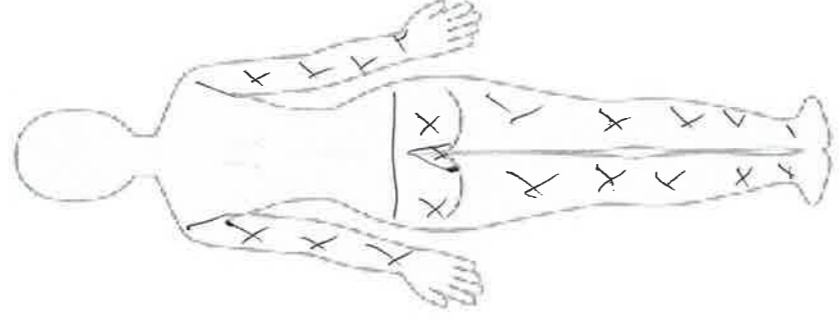
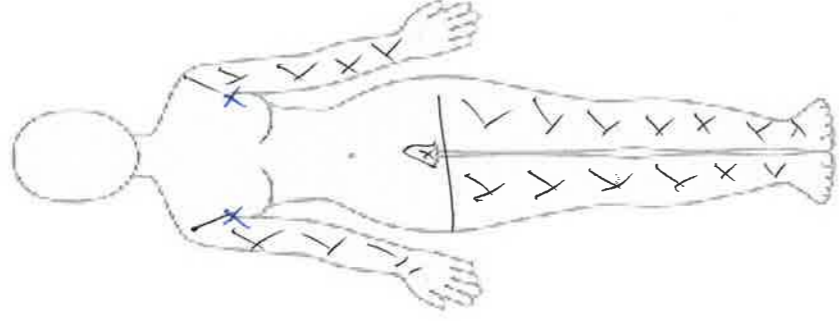
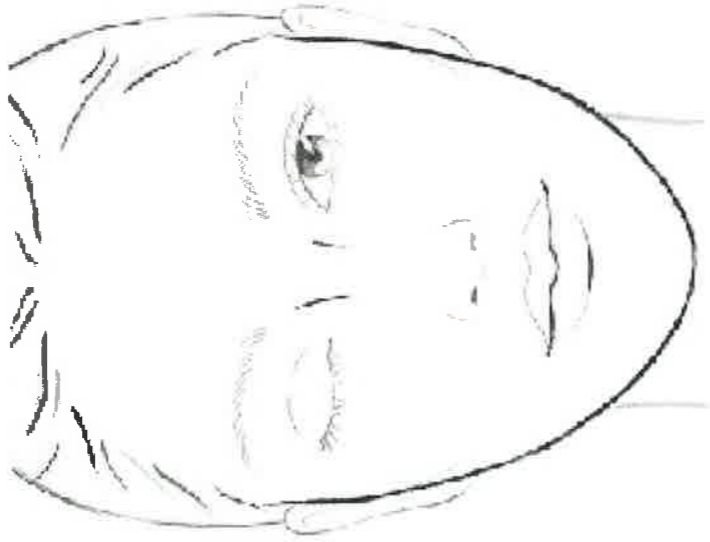
Being advance for 1 yer pkg shared with friend hiba 1003672

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

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

Patient's Name: DHELAL ABDUL RAHMAN اسم المريض
 File Number: رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No 1001854 Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	25/4/19	22/05/19	20/06/19	20/08/19	05/10/19	
Treatment Area	Full Body	Same	Same	Same	Same	Same
Hair Type	M/DARK	Medium-Thick	Medium	Medium	Soft	
Mode	DPI/16J	DPI/14-16J	DPI/12-16J	DPI/FDP	DPI/FDP	
Fluence	BURST	BURST	SHORT BURST	1G/BURST	16J/BURST	
Pulse Type	FDP	5J/6ms	FDP-5J/6ms	FDP-6J/SHORT	6J/SHORT	
CNT Pulse	SHORT	SHORT	SHORT	7J-6J/SHORT	6J/SHORT	
Passes	2	2	2	2	2	
Starting Time		12pm	12pm	10:10AM	7:30pm	12pm
Finish Time	12.4	3:25pm	1:30pm	11:35AM	9pm	1:30pm
Post Treatment	1.45 N	5pm		FURICORT		

Taking Thyroid
 medicine
 Less pain tolerance.

Page

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-003762

Date: 22-05-2019

RECEIPT VOUCHER

AED 539.00

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001884 - DHELAL ALESSA - 971503509448

The sum of Dhs. **Five Hundred Thirty Nine Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **539.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

eing **ADVANCE FOR FULL BODY 4900+ 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

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,924.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003764)

Date:23-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001884 - DHELAL ALESSA - 971503509448

The sum of Dhs. **Four Thousand Nine Hundred Twenty-Four 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 **4,924.50**

Bank: Cheque No.

Date: 23-05-2019

Being **FULL BODY PKG FOR 1 YEAR + 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 : 1001884 - DHELAL ALESSA - 971503509448

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 220.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003765)

Date:23-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001884 - DHELAL ALESSA - 971503509448**

The sum of Dhs. **Two Hundred Twenty 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 **220.50**

Bank: Cheque No.

Date: 23-05-2019

Being

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 : **1001884 - DHELAL ALESSA - 971503509448**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,200.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006769

Date: 28-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001884 - DHELAL ALESSA - 971503509448**

The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,200.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Being **ADVANCE FOR 1 YEAR PKG SHARED WITH HER FRIEND HIBA FILE NO: 1003672 6 SESSION EACH BALANCE 1372.50**

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**