



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1001913

Date: 8 / 4 / 2019

Date: 8 / 4 / 2019

File Number: 1001913

Patient Name: Aisha Ali Naser علي ناصر الجبوري Patient Name: عايشة علي ناصر الجبوري

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 14 / 4 / 1967 Gender (الجنس): M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): Egyptian (مصرية) Occupation (الوظيفة): Housewife (مديرة بيت)

Address (العنوان): Ehsan Street (شارع عيشة) Phone No. (الرقم الهاتف): 055 3337376

E-MAIL: How did you know about us: (كيف عرفت عننا)

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	X	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	X	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	X	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	✓	
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 مميغات للدم؟	X	
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	X	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، 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؟	X	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	✓	
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 فيروس الأبتز، فيروس الحلاّ البسيط etc	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 المؤهل،
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي 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 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 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 قدمت لي قضي الملف الصحية و اتفهم 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 دون السن القانونية):

التاريخ: ١٩ / ٤ / ٢٠١٤

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دم فصيلة الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دم ضغط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، احوال 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

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



PATIENT NAME:

After Eid

DATE	TREATMENT
8.4.19	Gold Stamp + 3 Sess Carbon + 1 Session
9.4.19	Facial done
15.4.	Carbon Laser
12.5.19	gold stamp. Done
17/9/2019	Botox (0.8) ml
12/6/2019	retouch dysport (0.1) ml
27/6/2019	Scallig + polishing Free coupon 14/12/2019: face threads logs (8) next app: 18/12: FY pi. facidid Paracetamol

MOH License No.: V826  
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع  
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
الخصائي الجلدية  
Dermatology specialist  
ترخيص رقم: V826  
مركز أوركيد الطبي  
Orchid Medical Centre

1660

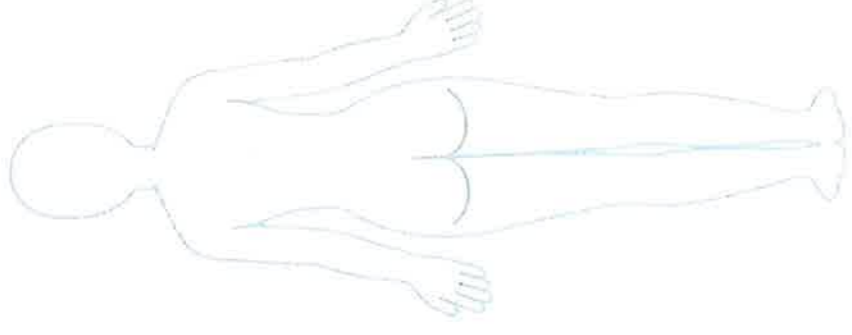
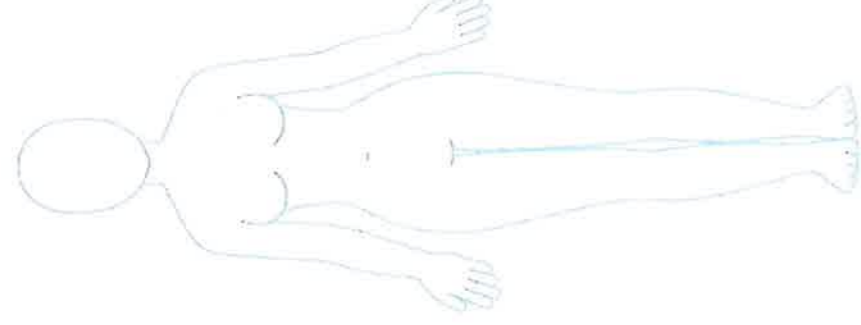
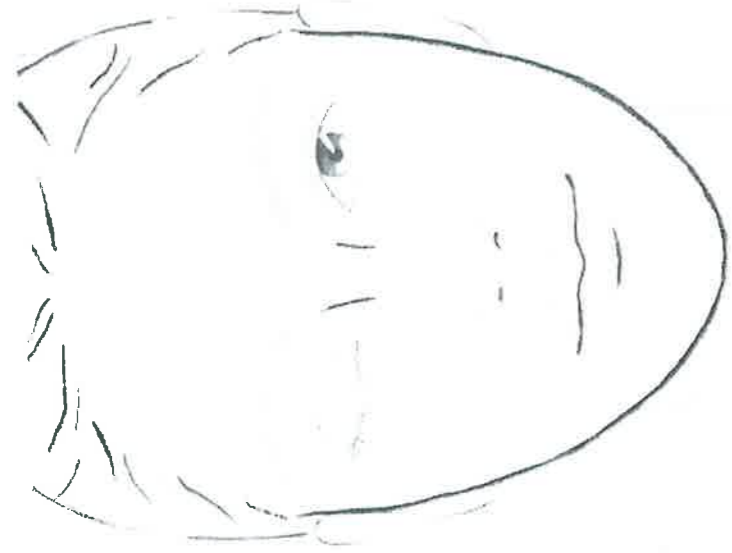
د. وسام مروان الطباع  
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
الخصائي الجلدية  
Dermatology specialist  
MOH License No.: 7826  
مركز أوركيد الطبي  
Orchid Medical Centre

Dr. Dabig

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







**Filler Injection Log**

Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

**Botox Injection Log**

Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1			
Session 2			
Session 3			
Session 4			
Session 5			

Doctor's Name and Signature

.....

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**

<b>Name</b>	Aaisha Ali,Nasser,Al Hajri	<b>IDN:</b>	784196739242723	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	عائشة بنت علي بن ناصر الحجري	<b>Card Number:</b>	081494262	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	OMN	<b>Family ID:</b>	
<b>Title(Ar):</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	سلطنة عمان		
<b>Issue Date:</b>	03/01/2017	<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	
<b>Expiry Date:</b>	03/01/2022	<b>Date of Birth:</b>	14/04/1967	<b>Sponsor Name:</b>	
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	
<b>Residency Type:</b>		<b>Residency Number:</b>		<b>Residency Expiry:</b>	
<b>ID Type:</b>	IR	<b>Occupation:</b>	99	<b>Occupation Field:</b>	00



Photo

Signature Image

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

4/8/2019





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-003276

RECEIPT VOUCHER

AED 1,065.75

Date: 08-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001913 - AISHA 00. - 971553332376

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,065.75 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Paying ADVANCE FOR 3 SESSION CARBON (700) + 2 SESSION GOLD STAMP (980) + 1 SESSION FACIAL (350)

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](http://www.omc1.ae)



مركز أوريد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,131.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003503)

Date: 29-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001913 - AISHA ALI - 971553332376

The sum of Dh. **Two Thousand One Hundred Thirty-One Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,065.75** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **1,065.75**

Bank:

Date: 29-04-2019

Cheque No.

Being **3 SESSION CARBON PEELING + 2 SESSION GOLD STAMP + 1 SESSION PRO-FACIAL + 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 : 1001913 - AISHA ALI - 971553332376

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 1,050.00**

**RECEIPT VOUCHER (No.REC-003815)**

**Date:28-05-2019**

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001913 - AISHA ALI - 971553332376**

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: \_\_\_\_\_ Cheque No. \_\_\_\_\_ Date: **28-05-2019**

Being **0.8 ML**

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 : **1001913 - AISHA ALI - 971553332376**

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



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,528.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006532)

Date:14-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001913 - AISHA ALI - 971553332376**

The sum of Dhs. **Three Thousand Five Hundred Twenty-Eight Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **2,380.00** / By Credit Card **1,148.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **14-12-2019**

Being **1 SESSION/POINISING + VAT**

Made by **Rana**

**8 Threads + VAT**

- 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 : **1001913 - AISHA ALI - 971553332376**

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

### استمارة المواقفة على العلاج بخيوط PDO

التاريخ: 14/12/2019

أوافق على المعالجة بخيوط PDO وقد تم شرح أن هذه الخيوط من مادة بولي ديوكسانون المعقمة مع الكانيولا والتي تزرع تحت الجلد في الطبقة الشحمية لشد الوجه وإعطاء النضارة.

تزداد النتائج بالتحسن لمدة شهرين وتستمر النتائج لمدة 10 إلى 12 شهر.

ينصح بعدم تناول الأدوية المسيلة للدم قبل و بعد أسبوعين من الإجراء.

#### الآثار الجانبية

آلم في الأسبوع الأول-إحساس شد في المنطقة-كدمات-تورم-إحساس تحرك محدد-عدم تناظر بالوجه- غمازات بالجلد-التهاب وخمج بالجلد-أذية بالأعصاب أو الأوعية الدموية.

معظم هذه الاختلاطات مؤقتة.

أنفهم أن النتائج تختلف من شخص لآخر وتعتمد على حالة الشخص، وأن المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالي قبل وبعد العلاج وعدم نشر الصور إلا بالمواقفة الموقعة مني.

التوقيع: 

اسم المريض: Aisha Al

