

File No: ١٥٥١٩٢٥

Date: ٩ / ٤ / ٢٥١٩

Date: ٩ / ٤ / ٢٥١٩ File Number: ١٥٥١٩٢٥

Patient Name: Abdelhady Karim Hamed  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 13 / 10 / 1987 Gender: M / F  
Nationality (الجنسية): Egyptian  
Address (العنوان): Saloon Oasis / Dubai  
E-MAIL: Abdalshadykarim@gmail.com  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single  
Phone No. (رقم الهاتف): 0563395643  
How did you know about us: friend

التاريخ الطبي		Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	الحالة الطبية Medical Condition	X	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟		X	
Allergies هل لديك أي حساسية؟		X	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟		X	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب		X	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟		X	
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لو كيميا (سرطان الدم)		X	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، المل، امراض اخرى		X	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟		X	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		X	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى		X	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟		X	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟		X	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو امراض الغدة الدرقية؟		X	
Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الأبتز، 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: ٢٠١٩ / ١٠ / ٢٩

### 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 نذكر 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 ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الصسالية.
- 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 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 دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (فصيلة 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 ، ابحال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعلي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

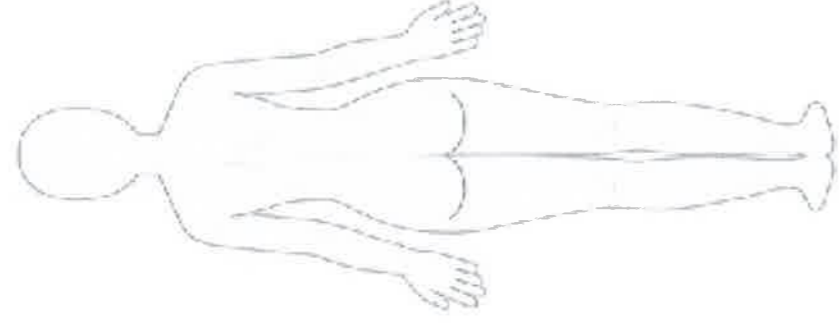
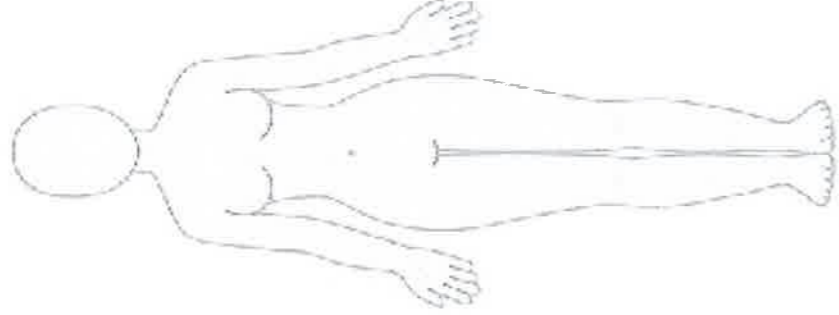
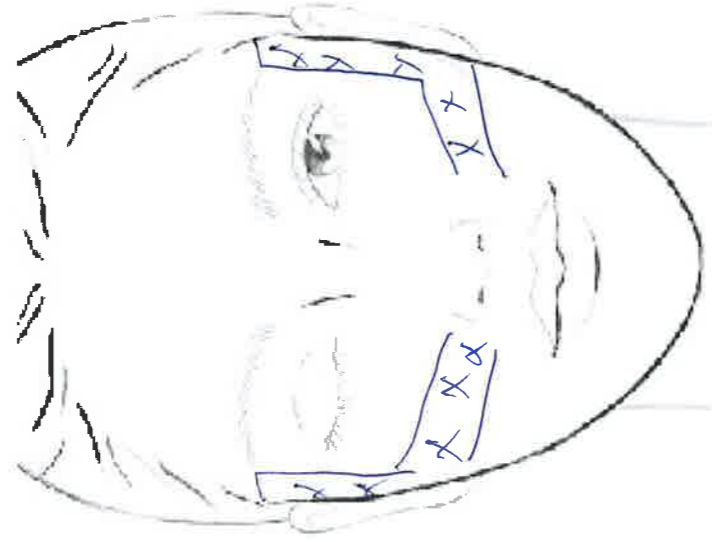






Patient's Name: Ms. Abdullaty ..... :اسم المريض  
 File Number: رقم الملف ..... :Evaluation and consent form completed? Yes / No  
 Pain Relief given? Yes / No ..... : Pretreatment photography taken? Yes / No

1001920



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	9/4/19.	8/7/19	29/30/09/19.			
Treatment Area	CHEEKS THICK/DARK.	Cheeks Thick/D	Beard Medium.			
Hair Type						
Mode						
Fluence	18 JASMS	14 JASMS	15/18.5ms.			
Pulse Type						
CNT Pulse		no spot	no spot			
Passes	1					
Starting Time	3:15pm	1	1.			
Finish Time	3:30pm	5pm	2:30pm			
Post Treatment	fusion	infrared - blue	2:40 pm H2O2/D10			

Therapist Name and Signature .....

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO'

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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>	Abdelaty, Kamei, Hamdy, Hasan, Ibrahim	<b>IDN:</b>	784198727497053	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	عبدالطيرى كامل محمد حسن ابراهيم	<b>Card Number:</b>	091417326	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	EGY	<b>Family ID:</b>	
<b>Title(Ar):</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	مصر		
<b>Issue Date:</b>	23/10/2018	<b>Sex:</b>	M	<b>Sponsor Type:</b>	08
<b>Expiry Date:</b>	22/10/2021	<b>Date of Birth:</b>	13/10/1987	<b>Sponsor Name:</b>	طيران الامارات القطريه
<b>Marital Status:</b>	01	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	00
<b>Residency Type:</b>	07	<b>Residency Number:</b>	20120137009538	<b>Residency Expiry:</b>	22/10/2021
<b>ID Type:</b>	IL	<b>Occupation:</b>	5111	<b>Occupation Field:</b>	00



Photo

Signature Image

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

4/9/2019





مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003286)

Date: 09-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001920 - ABDELATY KAMEL - 971563945643

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **157.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 09-04-2019

Being **HALF FACE + 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 : 1001920 - ABDELATY KAMEL - 971563945643

---

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



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004347)

Date:08-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001920 - ABDELATY KAMEL - 971563945643

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 105.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 08-07-2019

Being CHEEKS LASER + 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

informed by : 1001920 - ABDELATY KAMEL - 971563945643

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005295)

Date: 30-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001920 - ABDELATY KAMEL - 971563945643

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 105.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 30-09-2019

Being BEARD LINE + 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 : 1001920 - ABDELATY KAMEL - 971563945643

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