



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1001944

Date: / /

Date: 11/4/19

File Number: 1001944

Patient Name:

Dr. Mary Mattan

اسم المريض:

د. ماري مانتان

Date Of Birth (تاريخ الميلاد):

7/10/77

Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Married

Nationality (الجنسية):

Tanzania

Occupation (الوظيفة):

Dentist

Address (العنوان):

Mawaia, Bahariyah

Phone No. (رقم الهاتف):

0559591243

E-MAIL:

meddent@yahoo.com

How did you know about us:

Net

التاريخ الطبي Medical History		
Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟		✓
Corticosteroids/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، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		No
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		No
Anemia, Leukemia (لو كيميا سرطان الدم)	انيميا (فقر الدم)، لو كيميا (سرطان الدم)	No
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، 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 تعانين 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 فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط		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):

11/4/19

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 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 الصلابة.
- أتفهم أن هناك رسوم بأحد 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 فتح الملف 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 هم 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 ، ادخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

المصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....





PATIENT NAME: DR. MARLY MATHAN. FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	SIGNATURE
11.4.19.	LHR Full FACE		
22/10/19.	LHR full body 3 Sessions		
17/11/19	LHR - Full body (VIKINI) Balance		
18/2/20	LHR full body (Deba)		

Dr. Wesam Marwan Al Tabaa
 Dermatology specialist
 MOH License No: 1826
 Orchid Medical Center
 مركز اوركيذ الطبي



precisely Kindly Answer the following questions

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟

How do you better describe your skin Type

Always Burned , little tanned
 Always Burned, Never Tanned
 Little Burned, Always Tanned
 Rarely Burned, Always Tanned

هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا

Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No

هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا

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

هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوترتينوين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا

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

هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟

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

هل قمت بنقف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

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

هل قمت بنقف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

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

هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا

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

هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا

Do you Have any tattoos on site? Yes / No

هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا

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

ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشريك حاليًا؟

What products you are using for your skin recently?

هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا

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

هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا

For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No

هل قمت سابقاً بإجراء كياج دائم للوجه؟ نعم / لا

Have you done any permanent make up? Yes / No

Mahy Motan

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

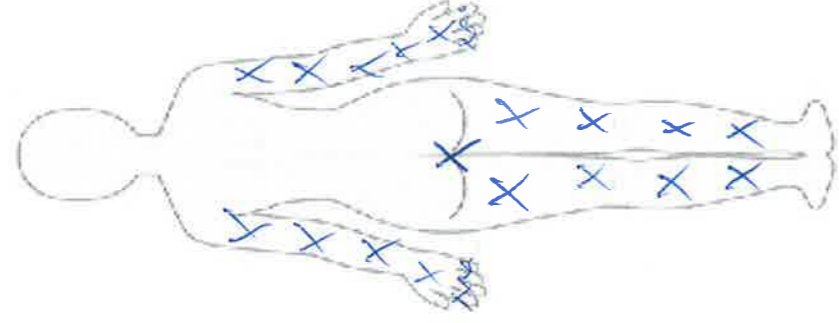
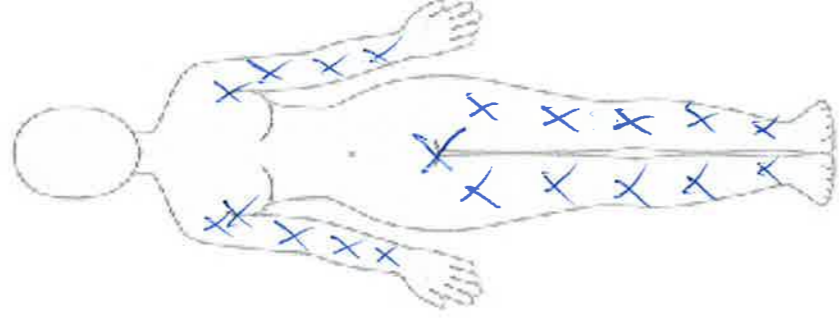
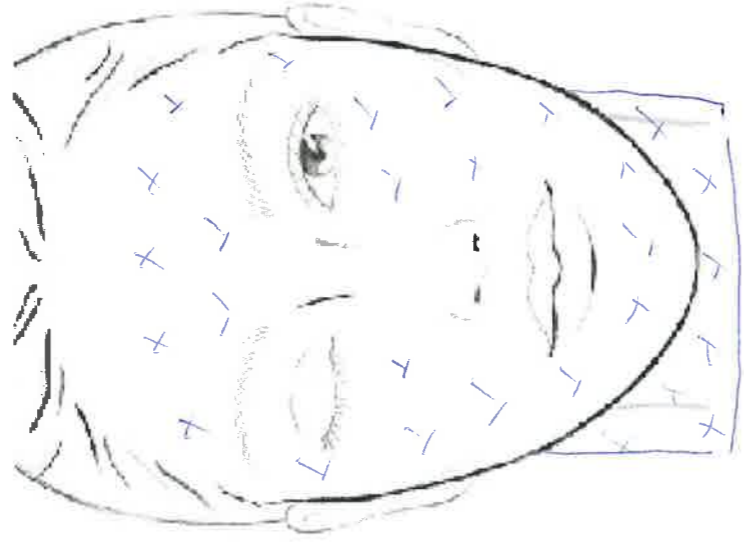
Date 11/1/19

أقر أنا العارضة 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 لتعمل قدرتها على إنهاء الشعر. وأتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر، والتزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الحلاصات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج، وإذني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التفتف و الكريماز وإزالة الشعر بالشمع و الكي و إذني اختارت إزالة الشعر بالليزر. أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية: - لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج. - يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفتف قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل. - الريشم و التاتو و الكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر. - يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات و الحلاصات و نوع البشرة - الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر. أتفهم أنه يرغم التفتف الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة. الأعراض الجانبية قد تتضمن الأعراض الجانبية لحدوث البثرة بما يقرب الحروق، و من الممكن حدوث بعض التورم و التفتفات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشى خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تقوم 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 إلى المعالج المختص و أني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ / /

Patient's Name: **DR. MARLY MATHAL**
 File Number:
 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	11/4/19.	22/10/19.	17/11/19.	18/2/20.		
Treatment Area	FACE	full body	Same.	full body		
Hair Type	SOFT	M/S/D.	Med/Dark.	M/D.		
Mode	ND YAY.	DPI/FDP	DPI/FDP.	MS YAY (20)		
Fluence	15/15 ms.	14-16	5/6	16/15		
Pulse Type			12J BURST	10/10ms.		
CNT Pulse						
Passes	1	1	5/SHORT	4PM		
Starting Time	7 PM.	5:30pm	11:10AM.	6PM		
Finish Time						
Post Treatment	FUCICORT	7PM	12:30pm	HINDEID FUACORT		

Handwritten signature

Therapist Name and Signature

REDAD DATA

cAEAIOEBAA83ODQxO*

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	Maarjy...Mathan	IDN:	784197720207659	Mother Name:	
Name (Ar)	مارلي...ماتان	Card Number:	092864914	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IND	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الهند		
Issue Date:	29/01/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	23/01/2021	Date of Birth:	17/10/1977	Sponsor Name:	مستشفى ثومبي ذ م م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	401201620061895	Residency Expiry:	23/01/2021
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

4/11/2019



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003313)

Date:11-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001944 - MARLY MATHAN - 971559591243

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **210.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 11-04-2019

Being **FULL 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 : 1001944 - MARLY MATHAN - 971559591243

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 787.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005608

Date: 22-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001944 - MARLY MATHAN - 971559591243**The sum of Dhs. **Seven Hundred Eighty Seven and Five Fils Only**By Cash **300.00** / By Credit Card **487.50 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **advance for 3 sessions full body laser 1500 + 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

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,575.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006002)

Date:17-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001944 - MARLY MATHAN - 971559591243

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

By Cash 400.00 / By Credit Card 387.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 787.50

Bank: Cheque No. Date: 17-11-2019

Being PT PAID FOR 3 SESSION FULL BODY + VAT OFFER

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 : 1001944 - MARLY MATHAN - 971559591243

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