



File No:

Date: 15/4/19

Date: 15/4/2019

File Number: 1001967

Patient Name: Maha Debel

اسم المريض:

Date Of Birth: 23/04/1985

Marital Status: Married

Nationality: German

Occupation: Housewife

Address: Al Huda tower 2 Al Khan

Phone No: 0564670004

E-MAIL: mahadebel@olive.com

How did you know about us: Insta

التاريخ الطبي Medical History	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	Yes	vitamins Sttpdmggy.
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	No	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes	dust
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes	sinus surgery
	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، 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 مميعات للدم؟	No	
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	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 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	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: ... / ... /

نموذج أقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أفهم 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 اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما أفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون محمجة للفوصات والجراءات 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 الحساسية

أفهم 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 لدي فتحي الملف صحيحة. و أفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بأكمل ارادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / ٢٠١٩
١٥٤٠

Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

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 (دم سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

to check BCA - test

Disease History التاريخ المرضي:	/
Allergies الحساسية	/
Medications الأدوية	Vit. + B12
Pregnancy الحمل	/
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة , ادخال المستشفى	/

Smoking (التدخين): ~~Y~~ N Alcohol (الكحول): Y / N Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

Shisher Daily

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

BCA

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

Tummy extne Fat.

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
15.4	cons free			
18/5/2019	PRP face			
17/19	Pro facial all steps done			
2/10/2019	Mesotherapy (HA (0.5ml) + CHT (0.5ml)) = 1ml-L (0.4)		450	
17.10.019	Carbon laser			
5.12.019	Carbon laser			
21.01.020	Meso face Dermoflex Collagen (ml)			

د. وسام مروان الطيب
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology Specialist
MOH License No. 1826
Orchid Medical Centre
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطيب
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology Specialist
MOH License No. 1826
Orchid Medical Centre
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطيب
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology Specialist
MOH License No. 1826
Orchid Medical Centre
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	Maha, Debek	IDN:	784198986386955	Mother Name:	
Name (Ar)	مها ديبك	Card Number:	085559989	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	DEU	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المانيا		
Issue Date:	03/10/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	30/09/2020	Date of Birth:	23/02/1989	Sponsor Name:	علي عيسى
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	0172014409
Residency Type:	03	Residency Number:	20120173658893	Residency Expiry:	30/09/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

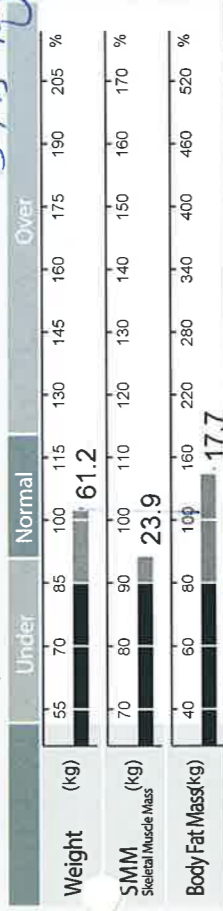
4/15/2019

ID 140519-1 | Height 167cm | Age 30 | Gender Female | Test Date & Time 14.05.2019. 13:08

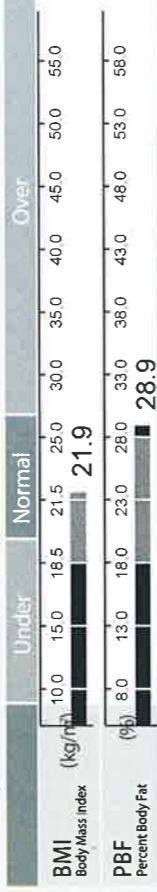
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	31.9 (30.5~37.3)
For building muscles	Protein (kg)	8.6 (8.2~10.0)
For strengthening bones	Minerals (kg)	3.03 (2.83~3.45)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	17.7 (12.0~19.2)
Sum of the above	Weight (kg)	61.2 (51.0~69.0)

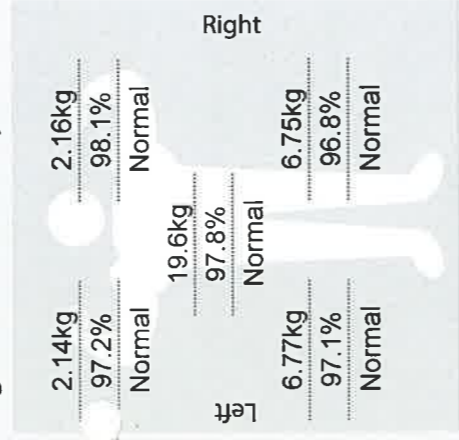
Muscle-Fat Analysis



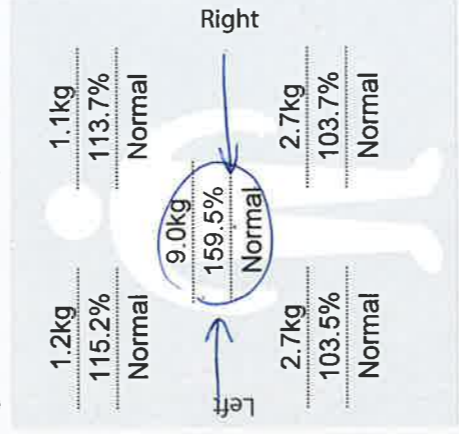
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	61.2
SMM (kg)	23.9
PBF (%)	28.9

InBody Score

73/100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight 59.9 kg
Weight Control -1.3 kg
Fat Control -3.9 kg
Muscle Control +2.6 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.90

Visceral Fat Level

Level 7

Research Parameters

Fat Free Mass 43.5 kg
Basal Metabolic Rate 1310 kcal (1286~1490)
Obesity Degree 102 % (90~110)
Recommended calorie intake 2146 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	108	Gateball	116
Walking	122	Yoga	122
Badminton	138	Table Tennis	138
Tennis	184	Bicycling	184
Boxing	184	Basketball	184
Mountain Climbing	200	Jumping Rope	214
Aerobics	214	Jogging	214
Soccer	214	Swimming	214
Japanese Fencing	306	Racketball	306
Squash	306	Taekwondo	306

* Based on your current weight

* Based on 30 minute duration

Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.



Impedance

RA LA TR RL LL
Z(Ω) 20 kHz 406.3 410.3 28.4 325.2 322.0
100 kHz 368.3 373.1 24.4 289.3 287.7

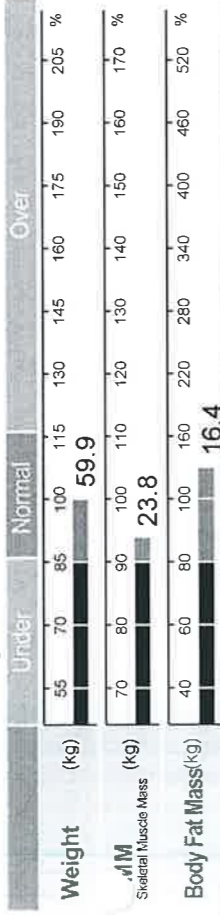
7 Sessions
1500 only sessions

ID 140519-1 | Height 167cm | Age 30 | Gender Female | Test Date / Time 24.09.2019. 11:57

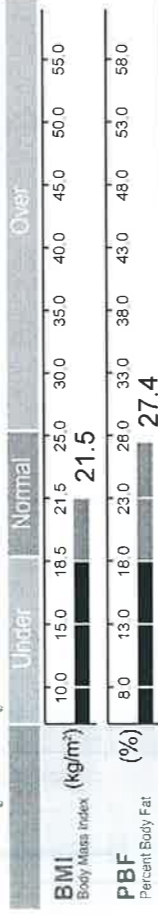
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	31.8 (30.5~37.3)
For building muscles	Protein (kg)	8.6 (8.2~10.0)
For strengthening bones	Minerals (kg)	3.12 (2.83~3.45)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	16.4 (12.0~19.2)
Sum of the above	Weight (kg)	59.9 (51.0~69.0)

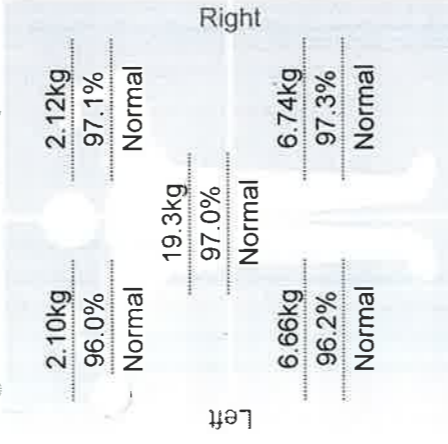
Muscle-Fat Analysis



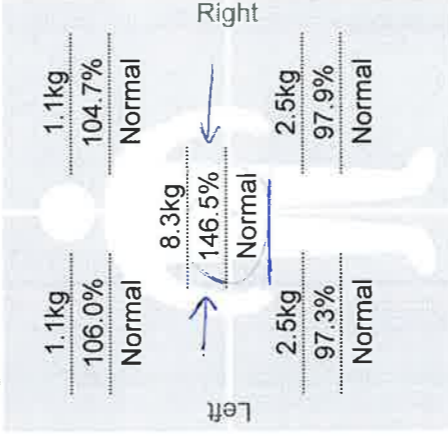
Obesity Analysis



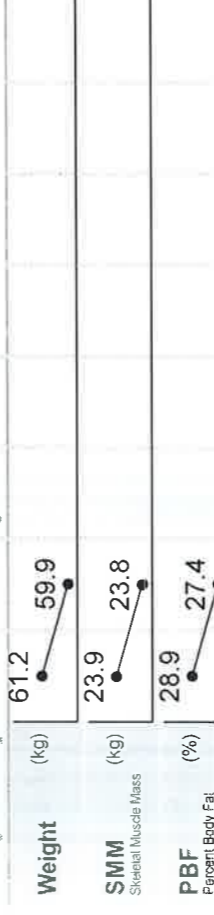
Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History



InBody Score

75 / 100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight 60.0 kg
Weight Control + 0.1 kg
Fat Control - 2.6 kg
Muscle Control + 2.7 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.89 (0.75 0.85)

Visceral Fat Level

Level 7 (Low 10 High)

Research Parameters

Fat Free Mass 43.5 kg
Basal Metabolic Rate 1309 kcal (1267~1466)
Obesity Degree 100 % (90~110)
Recommended calorie intake 2133 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	105	Gateball	114
Walking	120	Yoga	120
Badminton	135	Table Tennis	135
Tennis	180	Bicycling	180
Boxing	180	Basketball	180
Mountain Climbing	195	Jumping Rope	210
Aerobics	210	Jogging	210
Soccer	210	Swimming	210
Japanese Fencing	300	Racketball	300
Squash	300	Taekwondo	300

* Based on your current weight
* Based on 30 minute duration

Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.



Impedance

RA LA TR RL LL
Z(Ω) 20 kHz 409.9 415.0 26.9 316.8 324.0
100 kHz 372.6 377.9 23.3 283.3 290.7



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 787.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003712)

Date:18-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001967 - MAHA DEBEK - 971564670004

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 18-05-2019

Being PRP FOR 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 : 1001967 - MAHA DEBEK - 971564670004

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 367.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004270)

Date:01-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001967 - MAHA DEBEK - 971564670004

The sum of Dhs. Three Hundred Sixty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 367.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 01-07-2019

Being Pro-Facial treatment + 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 : 1001967 - MAHA DEBEK - 971564670004

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-005184

Date: 24-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001967 - MAHA DEBEK - 971564670004**

The sum of Dhs. **Seven Hundred Eighty Seven and Five Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **787.50 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR ENDYMED PKG 7 SESSIONS 1500 + 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

ورقة موافقة على علاج الميزوثيرابي

التاريخ: 2-10-2019

انا السيد/السيدة مهدي أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الميزوثيرابي و كل التفاصيل المتعلقة به،و الغاية من الاستخدام و على ما يحتويه.

لقد تم إبلاغي تحديدا عن ما يلي:
سوف يظهر بعد العلاج بعض من ردود الفعل او علامات من الشائع حدوثها و التي تشمل على:
احمرار، تورم، شعور بالحك و الألم و سوف تكون المنطقة المحقونة طرية نوعا ما. بشكل عام تكون هذه العلامات بدرجة معتدلة الى خفيفة و سوف تختفي و سوف تلقاء نفسها بعد عدة أيام بعد الحقن.

يوجد بعض من ردود الفعل او العلامات النادر حدوثها و هي: قد يتحسس البعض في المنطقة المحقونة بعد يوم او يومين من يوم الجلسة. ذلك التحسس قد يحتوي على تورم و احمرار و من النادر ظهور بعض الحبوب. هذه العلامات من المحتمل ان تظهر بعد عدة أيام من جلسة الحقن بشكل معتدل الى خفيف و ستختفي بعد 5 الى 7 أيام كما ورد في تقارير سابقة.

لقد تم إبلاغي أيضا بأنه اعتمادا على المنطقة المراد حقنها و نوع البشرة و درجة المشكلة التي تعاني منها بشرتي، سوف يتم تحديده عدة جلسات (تقريبا من 4 الى 8 جلسات). المتابعة و المراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج و التصحيح.

إنني أتفهم مدى اهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء او تأجيل المواعيد. وأيضا اتفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبدل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور او الوصف المرفق

نعم لا

التوقيع:

اسم المريض: مهدي الربيع

التوقيع:

اسم المعالج: Dr. W. S. AM



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005290)

Date:30-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001967 - MAHA DEBEK - 971564670004

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 315.00

Bank: Cheque No.

Date: 30-09-2019

Being DIETITION CONSULTATION + 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 : 1001967 - MAHA DEBEK - 971564670004

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005339)

Date:02-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001967 - MAHA DEBEK - 971564670004

The sum of Dhs. Four Hundred Seventy-Two 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 472.50

Bank: Cheque No.

Date: 02-10-2019

Being MESO FACE + 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 : 1001967 - MAHA DEBEK - 971564670004

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005564)

Date:17-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003047 - EMAN 0 - 971526641682

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: 17-10-2019

Being **FACE + 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 : 1003047 - EMAN 0 - 971526641682

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

جهاز Q-Switch Laser أقر أنا _____ بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لاجراء العلاج باستخدام

ليزر آل ■ التقشير الكيوي باستخدام لوشن الكيويو يتبعه التقشير بالليزر هو احد الإستراتيجيات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشذوذ الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين لمس البشرة، علاج حب الشباب، احمرار الجلد، إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تتع الحبوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت، بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معظمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مرآة كل 3-6 اشهر.

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكيويو، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكيويو مما يستهدف الأصبغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الاضافر(الوضع A)

. بيز إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستمعالم للعلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوترتيونين (الأكوتان) خلال ال6 اشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

. الأمراض الجلدية والإتهابات و الاورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإبزر والتهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

. البهاق.

أفهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجحة ان تتحقق بعد الجلسة الأولى. ولا يتضمن الطبيب رضائي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الي انتهاء خطة العلاج، و انا افهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الي استجابتي للليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد العلاج،وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي بالكامل.

أفهم ان كما هناك منافع للجراء المطلوب، افهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الانتعاش، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الي فترة شفاء.

افهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت، تغيرات مشابهة لتغيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الي عدة أيام فقط، تغيرات صبغية (بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الي ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حك، الم،كدمات،التهاب،ندوب او انتفاخ.

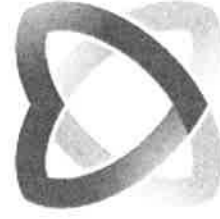
اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج . وعلى ايضا ابقاء عيناوي مقلقتان اثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات التخدير.

لقد تم شرح العلاج بكامل فوائده ومضاعفاته المحتملة، وقد تمت الاجابة على جميع اسئلتني وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التوقيع: 

التاريخ: Dec. 4, 2019.

اسم المريض/ولي امر المريض:



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 15.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006341

Date: 05-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001967 - MAHA DEBEK - 971564670004**The sum of Dhs. **Fifteen Only**By Cash **15.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date:

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

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006340)

Date:05-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001967 - MAHA DEBEK - 971564670004**

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty-Seven 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 **157.50**

Bank: Cheque No.

Date: **05-12-2019**

Being **CARBON 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

Confirmed by : **1001967 - MAHA DEBEK - 971564670004**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 378.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-007181)

Date: 21-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001967 - MAHA DEBEK - 971564670004

The sum of Dhs. Three Hundred Seventy-Eight Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 378.00

Bank: Cheque No.

Date: 21-01-2020

Being meso face + 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 : 1001967 - MAHA DEBEK - 971564670004

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 378.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006937

Date: 07-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001967 - MAHA DEBEK - 971564670004**The sum of Dhs. **Three Hundred Seventy Eight Only**By Cash **378.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **advance for metho and derma + 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

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