



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 16/4/19

Date: ... / ... / .....

File Number: 1001974

Patient Name: Suzan Al hussein

اسم المريض: .....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 16/7/74 Gender (الجنس): M / F

Marital Status:(الحالة الاجتماعية): .....

Nationality (الجنسية): U.S.A Occupation (الوظيفة): .....

Address (العنوان): .....

Phone No. (رقم الهاتف): 0502198195

E-MAIL: .....

How did you know about us: .....

التاريخ الطبي	
الحالة الطبية	Medical Condition
هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Recent or current drugs/Medical Treatment
هل تتعاطى أي مثبطات للمناعة؟	Corticosteroids/Immunosuppressant
هل لديك أي حساسية؟	Allergies
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟	Surgical Operations, Serious Illness
جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مسيلات للدم؟	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants
انيميا (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	Anemia, Leukemia
أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other
هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease
هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases
قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other
هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Epilepsy, or any other neurological disease
هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Thyroid Diseases, Diabetes
هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...etc	Other conditions HSV, HIV...etc

Somnolence, Menstrual problems

### 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.

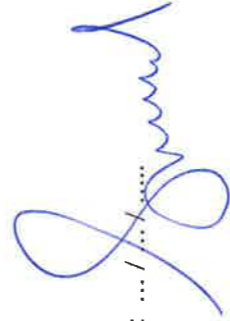
I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full before the completion of treatment.

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 أمور 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 الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التثخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو القوم 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 قدمته لدي فتحتي الملف الصحية و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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 بكامل اراضي

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 (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

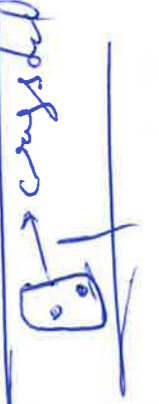

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

 <p>cristal</p>	 <p>2000H</p>
12/5/2019	DR. Alwaha

depart

5	5	5	5	5
5	5	10	5	AD
5	5	5	5	5

Doctor's Signature and Stamp

.....



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
16-4-2019	consultation carbon laser Facial + Meso Meso (d) remany	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الطبيب الخصائي الجلدية Dermatology specialist MOH License No.: 826 Orchid Medical Centre	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الطبيب الخصائي الجلدية Dermatology specialist MOH License No.: 826 Orchid Medical Centre	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الطبيب الخصائي الجلدية Dermatology specialist MOH License No.: 826 Orchid Medical Centre
15-5-19	carbon laser	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الطبيب الخصائي الجلدية Dermatology specialist MOH License No.: 826 Orchid Medical Centre	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الطبيب الخصائي الجلدية Dermatology specialist MOH License No.: 826 Orchid Medical Centre	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الطبيب الخصائي الجلدية Dermatology specialist MOH License No.: 826 Orchid Medical Centre
27-5-19	Meso. Face	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الطبيب الخصائي الجلدية Dermatology specialist MOH License No.: 826 Orchid Medical Centre	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الطبيب الخصائي الجلدية Dermatology specialist MOH License No.: 826 Orchid Medical Centre	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الطبيب الخصائي الجلدية Dermatology specialist MOH License No.: 826 Orchid Medical Centre
3/6/2019	NLF filler (1 syringe) dysport (0.45) Plan: threads	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الطبيب الخصائي الجلدية Dermatology specialist MOH License No.: 826 Orchid Medical Centre	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الطبيب الخصائي الجلدية Dermatology specialist MOH License No.: 826 Orchid Medical Centre	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الطبيب الخصائي الجلدية Dermatology specialist MOH License No.: 826 Orchid Medical Centre
12/6/2019	Botox results 100% Mesotherapy face (injection) filler: left side more filler	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الطبيب الخصائي الجلدية Dermatology specialist MOH License No.: 826 Orchid Medical Centre	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الطبيب الخصائي الجلدية Dermatology specialist MOH License No.: 826 Orchid Medical Centre	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الطبيب الخصائي الجلدية Dermatology specialist MOH License No.: 826 Orchid Medical Centre
11/7/2019	Removal of 3 crystals.	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الطبيب الخصائي الجلدية Dermatology specialist MOH License No.: 826 Orchid Medical Centre	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الطبيب الخصائي الجلدية Dermatology specialist MOH License No.: 826 Orchid Medical Centre	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الطبيب الخصائي الجلدية Dermatology specialist 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**

<b>Name</b>	Suzan,Albussein,A,,Jaber	<b>IDN:</b>	784197440520795	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	سوزان الحسين، أبو جابر	<b>Card Number:</b>	083521015	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	USA	<b>Family ID:</b>	
<b>Title(Ar):</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	الولايات المتحدة		
<b>Issue Date:</b>	21/05/2017	<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	03
<b>Expiry Date:</b>	13/05/2020	<b>Date of Birth:</b>	16/07/1974	<b>Sponsor Name:</b>	الحسين عبدالغفور جابر اليسرى
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	12493973
<b>Residency Type:</b>	03	<b>Residency Number:</b>	20120053067012	<b>Residency Expiry:</b>	13/05/2020
<b>ID Type:</b>	IL	<b>Occupation:</b>	10	<b>Occupation Field:</b>	00



Photo

Signature Image

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

4/16/2019





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-003372

RECEIPT VOUCHER

AED 2,362.50

Date: 17-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001974 - SUZAN ALHUSSEIN - 971502198195

The sum of Dhs. **Two Thousand Three Hundred Sixty Two and Five Fils Only**By Cash **2,362.50** / 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.

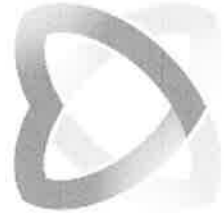
Date:

Being **ADVANCE FOR 3 SESSION CARBON (700) + 3 SESSION FACIAL (800) + 3 SESSION MESO FACE (1500) + 3 SESSION ENDYMED (1500) TOTAL AMOUNT 4500 + 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 أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,000.00 **RECEIPT VOUCHER** No: REC-003589  
Date: 05-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001974 - SUZAN ALHUSSEIN - 971502198195**

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

By Cash **1,000.00** / 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 3 SESSION CARBON (700) + 3 SESSION FACIAL (800) + 3 SESSION MESO FACE (1500) + 3 SESSION ENDYMED (1500) TOTAL AMOUNT 4500 + 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 أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003588

Date: 05-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001974 - SUZAN ALHUSSEIN - 971502198195

The sum of Dhs. **One Thousand and Hundred Fifty Only**

By Cash **1,050.00** / 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 BOTOX + GOLD STAMP OFFER 1000 + 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](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003669)

Date:13-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001974 - SUZAN ALHUSSEIN - 971502198195

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **210.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 13-05-2019

Being **2 DENTAL CRYSTAL FOR TOOTH NUMBER 12 + 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 : 1001974 - SUZAN ALHUSSEIN - 971502198195

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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,255.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003927

Date: 02-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001974 - SUZAN ALHUSSEIN - 971502198195

The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Fifty Five Only**By Cash **1,255.00** / 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 FILLER OFFER 850 + VAT ( 362.5 DHS BALANCE REMAINING )**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](mailto:info@omc1.ae)**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,942.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003962)

Date: 04-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001974 - SUZAN ALHUSSEIN - 971502198195

The sum of Dhs. **One Thousand Nine Hundred Forty-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 **1,942.50**

Bank: Cheque No. Date: **04-06-2019**

Being **pt took pkg 1 botox + gold stamp offer + offer filler 850 + 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 : 1001974 - SUZAN ALHUSSEIN - 971502198195

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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004370)

Date:11-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001974 - SUZAN ALHUSSEIN - 971502198195

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 11-07-2019

Being **removal of 3 crystal + 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 : 1001974 - SUZAN ALHUSSEIN - 971502198195

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 أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008105)

Date:11-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001974 - SUZAN ALHUSSEIN - 971546908089

The sum of Dhs. Eight Hundred Ninety-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 892.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 11-03-2020

Being 1 botox + 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

Confirmed by : 1001974 - SUZAN ALHUSSEIN - 971546908089

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

## ورقة الموافقة على البوتكس

التاريخ: 11/3/20

أنا السيد/السيدة \_\_\_\_\_ أؤكد بأنه تم شرح لنا كيفية العلاج باستخدام البوتكس وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه كحال جميع الادوية البوتكس قد يحتوي على آثار جانبية. هذه الردود العكسية قد تكون متعلقة بالعلاج، إما بسبب المنتج أو الفرد، لكن بشكل عام هذه المضاعفات قد تحدث في الأيام الأولى التي تتبع يوم الحقن وتكون بشكل مؤقت. معظم الحالات التي تم تسجيلها تكون بدرجة معتدلة إلى خفيفة. كما هو متوقعة بعد الحقن سوف يكون هناك شعور بالأم وحرق وتيبس وتورم ووزراق.

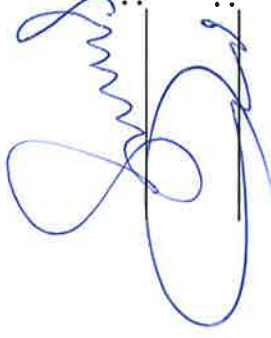
من الآثار الجانبية الشائعة التي من الممكن حدوثها: صداع، زغلة، احمرار، تراخي بعضلات الوجه وآلم في الوجه.  
من الآثار الجانبية الغير شائعة: التهاب، غثيان، تمييل، التهاب في الجفن، ألم في العين، عدم رؤية واضحة، جفاف في الفم، تيبس الشفاء، تورم في الوجه وحول العين، حساسية ضد الضوء، تشنج بالمعضلات، أعراض الانفلونزا، ضعف وحرارة.

الآثار الجانبية التالية قد تكون نادرة: حكة، طفح جلدي، قشعريرة، أنواع مختلفة من الطفح الجلدي الأحمر، حساسية قوية (تورم وتحديدا في الوجه والمجرى الهوائي مما يسبب صعوبة بالتنفس)، هبوط الحاجب أو الجفن، سماع طنين بالأذن وقلة السمع، حساسية في صعوبة البلع والتنفس والكلام.

لقد تم إيلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 4 إلى 6 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح. إنني أفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا أفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

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

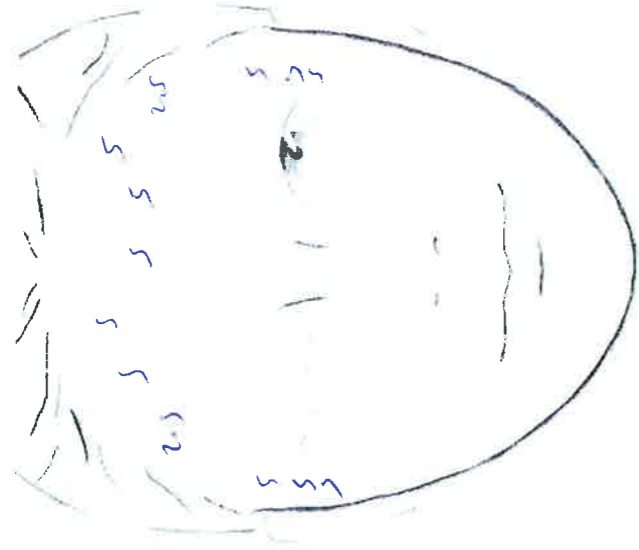
التوقيع: 

نعم لا

اسم المريض: Suzan

اسم المعالج: \_\_\_\_\_





**Filler Injection Log**

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

**Botox Injection Log**

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

Doctor's Name and Signature

.....