



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1002014

Date 23 M / 2019

Date: 24 / 2019

File Number: 1002014

Patient Name: Rana Elaness

إسم المريض: رنا العنيس

Date Of Birth (العياد): ... / ... / ... Gender (الجنس): M / (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Married.

Nationality (الجنسية): Palestinian. Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Shaxjeh

Phone No. (رقم الهاتف): 0507676344

E-MAIL:

How did you know about us:

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؟	No	
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 امراض؟	No	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض 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) ، لوكيميا (فقر الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، المل، امراض اخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ملع للحمل؟ هل تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو امراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions من أي امراض 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: 24/4/2019

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.

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 أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي كما أفهم 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 أدرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو القروح أو النزيف أو الألم أو الحساسية

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 فتحني 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 الإقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل إرادتي

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 (دمية الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دمية الضغط):	/	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 للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعوي 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

.....



precisely Kindly Answer the following questions

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟

دائماً الاحترق , little tanned
 دائماً الاحترق , Never Tanned
 قليلاً الاحترق , Always Tanned
 نادراً الاحترق , Always Tanned

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

هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو قروح في منطقة العلاج ؟ نعم/لا

هل تناولت عقار الكيتونان/اليسوتريوتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم /لا

هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهاليدريكوليك في منطقة العلاج ؟ نعم /لا

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

هل قمت بآخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟
 Do/ Did you use any tanning products? Yes / No

هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم /لا
 Do you Have any tattoos on site? Yes / No

هل تم تشخيصك سابقاً بأي مشكلات هرمونية ؟ نعم /لا
 Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No

ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشربك حالياً؟
 What products you are using for your skin recently?

هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم /لا
 Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No

السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم /لا
 For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No

هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم /لا
 Have you done any permanent make up? Yes / No

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 ver' 'on of individual responses to treatment. and I consent that I know all the.....errnative 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

أقر أنا كـ..... بقدمي الى

مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلة الشعر لتعمل قدرتها على إنهاء الشعر.

أتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسة و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالشمع و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخذت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات و المساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الكيتونان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التندقات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

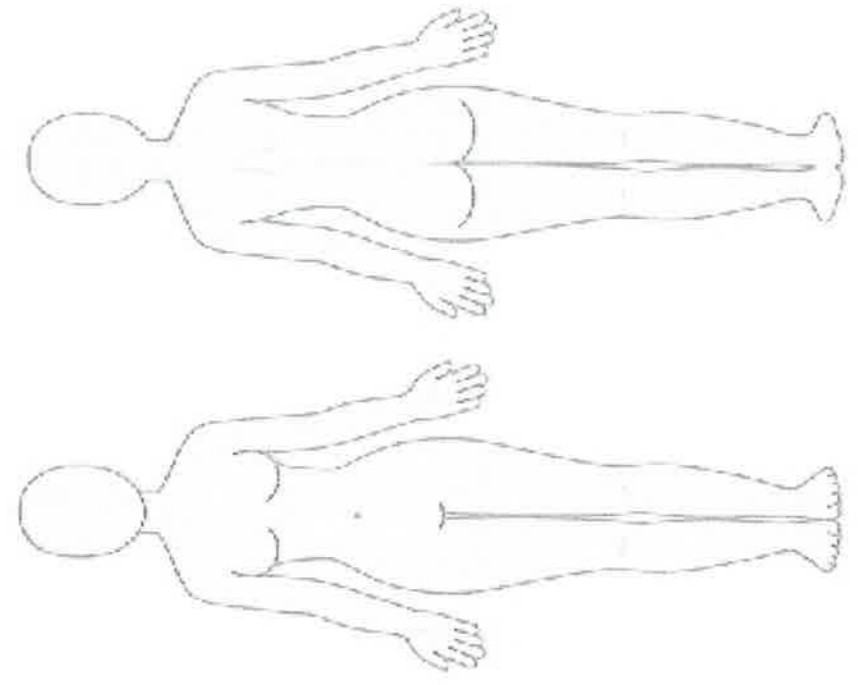
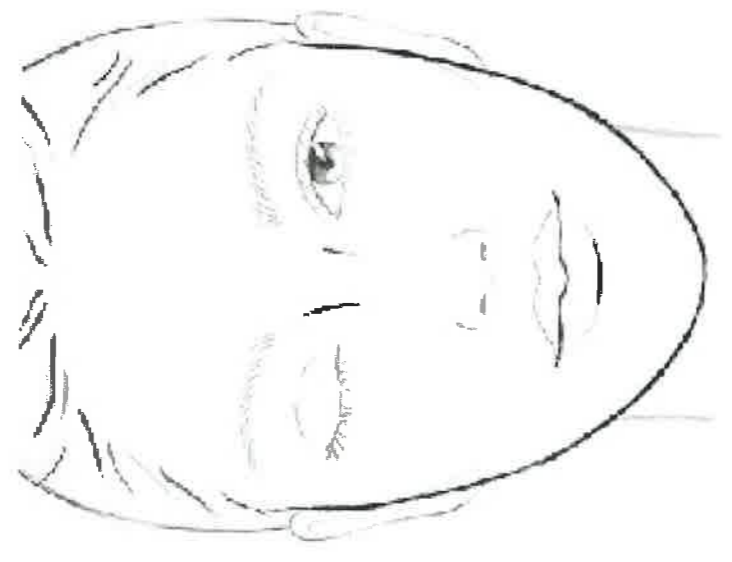
أقر أنه قد أتيت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأورار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ

..... / /

Patient's Name: Rana **إسم المريض**
 File Number: 1002014 **رقم الملف**
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pain Relief given? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date						
Treatment Area						
Hair Type						
Mode						
Fluence						
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes						
Starting Time						
Finish Time						
Post Treatment						

Therapist Name and Signature

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO*

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	Rana,Elaneiss	IDN:	784198837685951	Mother Name:	
Name (Ar)	رنا محمود العنيس	Card Number:	093904718	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PSE	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	فلسطين		
Issue Date:	01/04/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	27/03/2022	Date of Birth:	01/01/1988	Sponsor Name:	منيل مصطفى وداح
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	53551377
Residency Type:	03	Residency Number:	20120133024865	Residency Expiry:	27/03/2022
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

4/23/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003987)

Date: 08-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002014 - RANA ELANEISS - 971507676344

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: 08-06-2019

Being NOSE PIERCING + VAT

Made by Hibba

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 : 1002014 - RANA ELANEISS - 971507676344

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,000.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-006430)

Date: 09-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002014 - RANA ELANEISS - 971507676344

The sum of Dhs. Two Thousand Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 500.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 1,500.00

Bank: Cheque No.

Date: 09-12-2019

Being 20 TEETH VENEERS + 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 : 1002014 - RANA ELANEISS - 971507676344

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

09/12/2019

Balance

01/01/2020 = 500

01/02/2020 = 650