



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 24/4/19

Date: ... / ... /

File Number: 1002028

Patient Name: Sarah Sabah Al-Jenab

اسم المريض:

Date Of Birth: 05/01/1978 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Married

Nationality: Iraqi Occupation: Secretary

Phone No. (رقم الهاتف): 050-1714400

Address: Hana Jaba

How did you know about us: Media

E-MAIL: jenan.s.dawood@gmail.com

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 حديًا؟	X	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	X	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	X	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	X	الحماة + الكينون بالعين
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 (سرطان الدم)، لوكيميا	X	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، 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 أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	X	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	X	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	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 السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	X	
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي امراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc	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 2011/10/11 .IA



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 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 لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات 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
- 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 لي قضي الملف الصحية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا 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 ، ابحال للمستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تعاظمي 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

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

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	Sahar,Sabah,Dawood,Al Jenan	IDN:	784197891610921	Mother Name:	
Name (Ar)	سحر صباح داود الجوان	Card Number:	091028317	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	العراق	Family ID:	
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	03
Issue Date:	27/09/2018	Date of Birth:	05/01/1978	Sponsor Name:	خلاد عبده عزت عزت
Expiry Date:	25/09/2019	Husband IDN:		Sponsor Number:	0159338113
Marital Status:	02	Residency Number:	20120173676329	Residency Expiry:	25/09/2019
Residency Type:	03	Occupation:	99	Occupation Field:	00
ID Type:	IL				



Photo

Signature Image

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

4/24/2019

يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية بشكل دقيق Kindly Answer the following Questions Precisely

هل أنت حامل أو تقومين بالإرضاع حالياً؟ نعم / لا	هل أنت حامل أو تقومين بالإرضاع حالياً؟ نعم / لا
هل لديك اي حساسية؟ نعم / لا	هل لديك اي حساسية؟ نعم / لا
هل تتلقى اي علاجات حالياً؟ نعم / لا	هل تتلقى اي علاجات حالياً؟ نعم / لا
إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل.....	إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل.....
هل قمت سابقا بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا	هل قمت سابقا بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا
إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل.....	إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل.....
هل قمت سابقا بأي علاج باستخدام البوتوكس أو الفيلر؟ نعم / لا	هل قمت سابقا بأي علاج باستخدام البوتوكس أو الفيلر؟ نعم / لا
إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل.....	إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل.....
ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟.....	ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟.....
هل عانيت من اي اعراض جانبية بعد العلاج؟.....	هل عانيت من اي اعراض جانبية بعد العلاج؟.....
هل عانيت من اي امراض مناعية؟ نعم / لا	هل عانيت من اي امراض مناعية؟ نعم / لا
هل تعاني من اي التهابات او امراض جلدية؟ نعم / لا	هل تعاني من اي التهابات او امراض جلدية؟ نعم / لا
هل تناولت اي ستيرويدات او اسبيرين او مبيعات للدم؟ نعم / لا	هل تناولت اي ستيرويدات او اسبيرين او مبيعات للدم؟ نعم / لا
هل تعاني من اي حساسية خصوصا تجاه حمض الهالورنيك او التخدير الموضعي او الليدوكاين؟ نعم / لا	هل تعاني من اي حساسية خصوصا تجاه حمض الهالورنيك او التخدير الموضعي او الليدوكاين؟ نعم / لا
هل تعاني من تضخم الثدي؟ نعم / لا	هل تعاني من تضخم الثدي؟ نعم / لا
هل تعاني من اي مشاكل او امراض قلبية؟ نعم / لا	هل تعاني من اي مشاكل او امراض قلبية؟ نعم / لا
إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل.....	إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل.....

I hereby consent that I have come to orchid medical center for Treatment with Botox / Filler.

I understand this is an elective procedure and I hereby voluntarily consent to treatment with dermal fillers for facial rejuvenation, lip enhancement, establish proper lip and smile lines, and replacing facial volume, or remove any unwanted wrinkles around eyes and forehead. The procedure has been fully explained to me. I also understand that any treatment performed is between me and the doctor/healthcare provider who is treating me and I will direct all post-operative questions or concerns to the treating clinician. I have read the above and understand it. My questions have been answered satisfactorily. I accept the risks and complications of the procedure and I understand that no guarantees are implied as to the outcome of the procedure. I also certify that if I have any changes in my medical history I will notify the doctor/healthcare professional who treated me immediately.

Patient Name and Signature

إسم المريض و التوقيع

Date: ... / ... /

التاريخ: 19/04/2024

أقر أنني قد حضرت إلى مركز أوركيد الطبي للحصول على العلاج باستخدام حقن البوتوكس و الفيلر.

أتفهم أن هذا الإجراء هو إجراء اختياري و اني قد وقعت هذا الاقرار بإرادتي الكاملة لإجراء الحقن بالفيلر / البوتوكس لإعادة التمازج للوجه و تحسين مظهر الشفاه و تغيير مظهرها او إعادة تضاريس الوجه. أو إخفاء التجاعيد في منطقة الجبهة و حول العين.

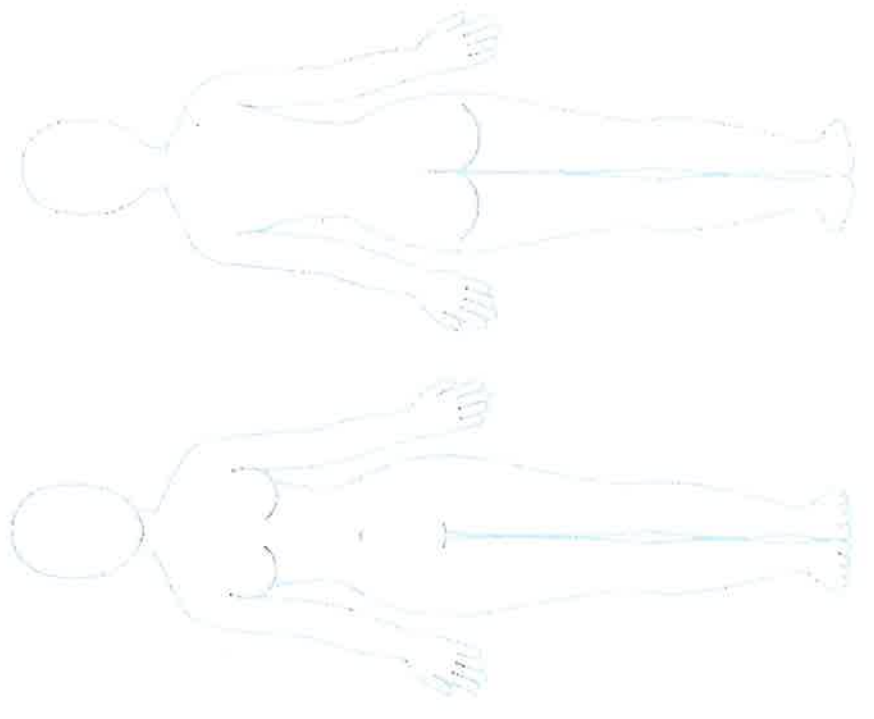
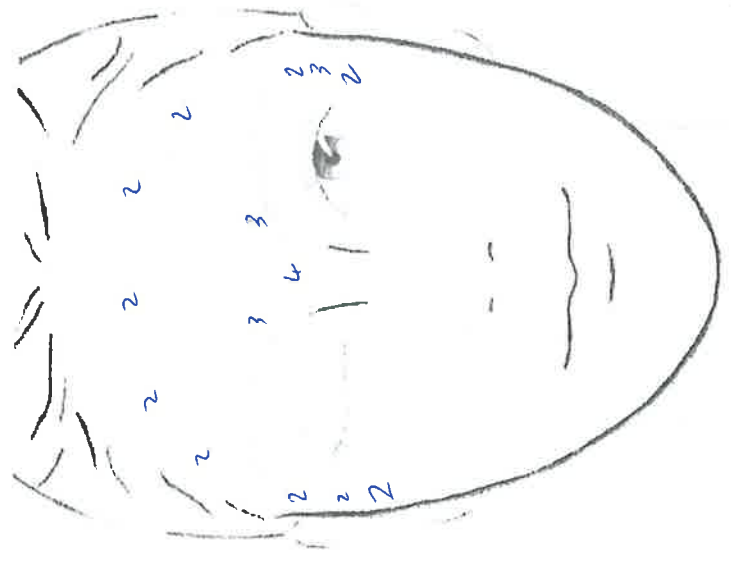
أقر أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل و أنني سوف أوجه جميع الاستشارة و الاستفسارات الى الطبيب المعالج قبل و بعد المعالجة.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الاقرار و التقييم (أو تمت قراءته لي و أنا على علم ب محتواه) و ان جميع استئلتي و استفساراتي قد أجيبته بالكامل و بشكل مرضي،

لا ضمانات قد قدمت لي لنتائج هذا الاجراء الطبي.

أقر أنني على علم بكامل الاخطار و المضاعفات التي قد تنتج عن هذا العلاج و اتفهم ان و أتسبب أنني قد أعطيت المعلومات في هذا النموذج بشكل كامل و صحيح و اني اتحمل مسؤولية التبليغ في حال اي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

إسم المريض و التوقيع



Filler Injection Log

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

Botox Injection Log

Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1			
Session 2		0.8	Allergan Botox
Session 3			
Session 4			
Session 5			

Doctor's Name and Signature

.....



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003440)

Date:24-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002028 - SAHAR SABAH - 971501714400

The sum of Dhs. **One Thousand Fifty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,050.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date: **24-04-2019**

Being **BOTOX + GOLD STAMP + 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 : 1002028 - SAHAR SABAH - 971501714400

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