



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1002035

Date: 27/4/2019

Date: 27/4/2019

File Number: 1002035

Patient Name: A.T.I.K.A.Z.A.A.L.A.L

إسم المريض: كينقك زعيد

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 20/01/1978

Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): M.A.R.S.S.A.

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): D.u.b.a.i.

Phone No. (رقم الهاتف): 0567793936

How did you know about us: (R.I.S.A)

E-MAIL: z.a.y.e.o.u.2@hotmail.com

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

### 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 تزويدني 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 نتائج لتأجيل العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجيلية 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 التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزف 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 في فحسي للعنف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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 اراضي

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

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، اإخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis





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	Atika,Zaalal	IDN:	784197837517958	Mother Name:	
Name (Ar)	عائقة زعال	Card Number:	092420189	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	MAR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المغرب		
Issue Date:	31/12/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	02
Expiry Date:	24/12/2021	Date of Birth:	20/01/1978	Sponsor Name:	احمد سلطان حمد علي التاشمي
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	258507
Residency Type:	03	Residency Number:	40120123011803	Residency Expiry:	24/12/2021
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

4/27/2019



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

Are you pregnant or breast feeding? Yes / No	هل أنت حامل أو توفين بالإرضاع حالياً؟ نعم / لا
Do you have a history of allergy or anaphylaxis? Yes / No	هل لديك اي حساسية؟ نعم / لا
Are you currently receiving any Medical Treatment? Yes / No	هل تتلقى اي علاجات حالياً؟ نعم / لا
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....
Have you previously recieved any aesthetic treatment? Yes / No	هل قمت سابقاً بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....
Have you ever done any treatment with botox or filler? Yes / No	هل قمت سابقاً بأي علاج باستخدام البوتوكس أو الفيلر؟ نعم / لا
If yes, provide more details .....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....
What Areas are treated and when?.....	ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟.....
Did you suffer any side effects after treatment?.....	هل عانيت من اي اعراض جانبية بعد العلاج؟.....
Have you ever suffered from any auto immune disease? Yes / No	هل عانيت من اي امراض مناعية؟ نعم / لا
Do you have any skin infections or inflammations? Yes / No	هل تعاني من اي التهابات او امراض جلدية؟ نعم / لا
Do you take any aspirin, steroids or anticoagulant? Yes / No	هل تتناول اي ستيرويدات او اسبرين او مميعات للدم؟ نعم / لا
Do you have any allergy, specially to Hyaluronic acid, Amide Local Anesthesia or Lidocaine? Yes / No	هل تعاني من اي حساسية خصوصاً تجاه حمض الهالورنيك او التخدير الموضعي او الليدوكين؟ نعم / لا
Do you suffer of Hypertrophic Scarring? Yes / No	هل تعاني من تضخم الندب؟ نعم / لا
Do you suffer any cardiac disorders? Yes / No	هل تعاني من اي مشاكل او امراض قلبية؟ نعم / لا
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر 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

اسم المريض و التوقيع  
ATIKHA ZAINA

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

التاريخ: ... / ... / .....

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

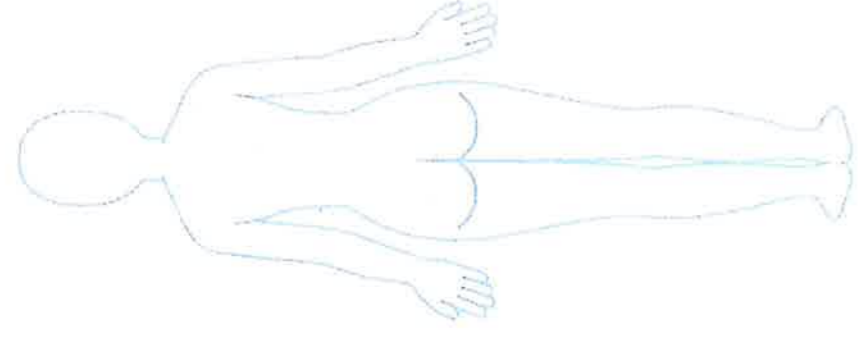
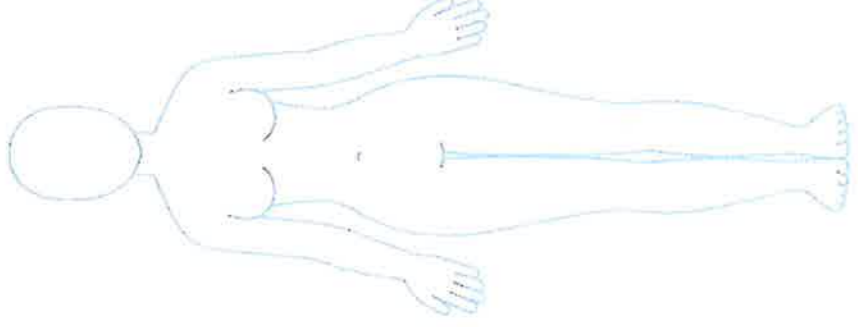
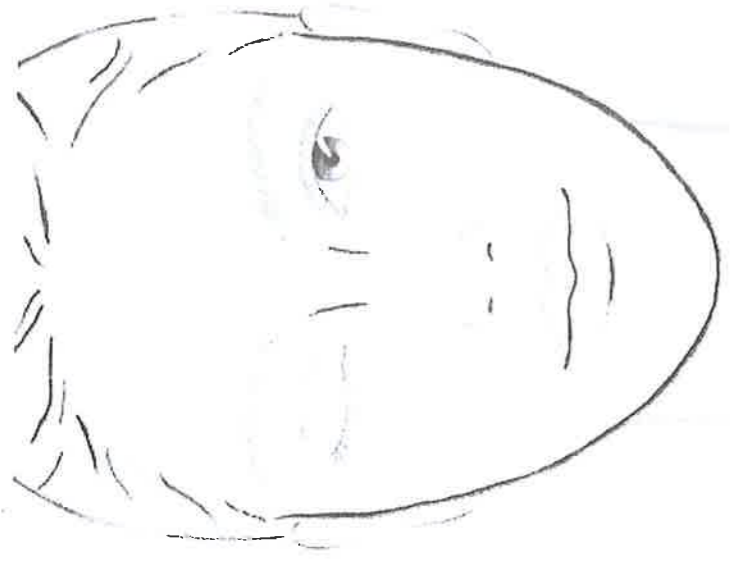
أتفهم أن هذا الإجراء هو إجراء اختياري و أنني قد وقعت هذا الاقرار بإبتي الكاملة لإجراء الحقن بالفيلر/البوتوكس لإعادة الضمرة للوجه و تحسين مظهر الشفاة و تغيير مظهرها او إعادة تضاريس الوجه. أو إخفاء التجاعيد في منطقة الجبهة و حول العين.

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

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا لقرار و التقييم الأوتت قرأت لي و أنا على بحثي و أن جميع استسائي و استفساراتي قد أجيبت بالكامل و بشكل مرضٍ.

أقر أنني على علم بكامل الاخطار و المضاعفات التي قد تنتج عن هذا العلاج و اتفهم ان لا ضمانات قد قدمت لي بنتائج هذا الاجراء الطبي.

و أشهد أنني قد أعطيت المعلومات في هذا النموذج بشكل كامل و صحيح و أنني اتحمل مسؤولية التبليغ في حال اي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.



**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			
Session 3			
Session 4			
Session 5			

Doctor's Name and Signature

.....





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,150.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003455)

Date: 27-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002035 - ATIKA ZAALAL - 971567793936

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

By Cash 3,150.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Date: 27-04-2019

Cheque No.

Being 2 ML CHEEKS FILLER + 1 ML LIPS FILLER + 3 SESSION GOLD STAMP (OFFER) + 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 : 1002035 - ATIKA ZAALAL - 971567793936

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