



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1002074

Date: 1/5/2019

Date: 1/5/2019

File Number: 1002074

Patient Name: Sumayah Ibrahim Al-Mekti

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 22/12/1978 Gender (الجنس): M (F)

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): الكويتية

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

السويدي

E-MAIL: Am.Mezaid@hotmail.com

Phone No. (رقم الهاتف): 55014998898

How did you know about us: من أصدقائي

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



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 يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الاجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تامين لنتائج العلاجات و الاجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الصلابة المرضية.
- 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 لدي قضي الملف صحيحة. و اتفهم ان أي 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 ارادتي

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

توقيع المريض / ولي الأمر (عن دون السن القانونية):

15.2019

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دم):	
Pulse (نبض):	ppm	Blood Pressure (دم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

عمليات سابقة، Hospitalization
عمليات سابقة، Previous Surgeries

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

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAIOEBAA83ODQXO*

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Sumeyya,Ibrahim,Ahmed,,Bintahir Almehrzi	IDN:	784197831607177	Mother Name:	Halema
Name (Ar)	سمية وابراهيم احمد وبن طاهر المرزوي	Card Number:	085322313	Mother Name (Ar):	حليمة
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	3071462
Issue Date:	13/09/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	13/09/2027	Date of Birth:	22/12/1978	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

5/1/2019



يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية بشكل دقيق

Kindly Answer the following Questions Precisely
Are you pregnant or breast feeding? Yes / No هل أنت حامل أو توفين بالإرضاع حاليا؟ نعم / لا <input checked="" type="radio"/> لا / <input type="radio"/> نعم
Do you have a history of allergy or anaphylaxis? Yes / No هل تتلقى اي علاجات حاليا؟ نعم / لا <input checked="" type="radio"/> لا / <input type="radio"/> نعم
Are you currently receiving any Medical Treatment? Yes / No إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....
if Yes, provide more details..... هل قمت سابقا بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا
Have you previously recieved any aesthetic treatment? Yes / No إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....
if Yes, provide more details..... هل قمت سابقا بأي علاج باستخدام البوتوكس أو الفيلر؟ نعم / لا
Have you ever done any treatment with botox or filler? Yes / No إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل..... ما هي المناطق التي تمت معالجتها و متى؟ هل عانيت من اي اعراض جانبية بعد العلاج؟
What Areas are treated and when?..... هل عانيت من اي امراض مناعية؟ نعم / لا
Did you suffer any side effects after treatment?..... هل عانيت من اي امراض مناعية؟ نعم / لا
Have you ever suffered from any auto immune disease? Yes / No هل تعاني من اي التهابات او امراض جلدية؟ نعم / لا
Do you have any skin infections or inflammations? Yes / No هل تتناول اي ستيرويدات او اسبرين او مميعات للدم؟ نعم / لا
Do you take any aspirin, steroids or anticoagulant? Yes / No هل تعاني من اي حساسية خصوصا تجاه حمض الهياورنيك او التخدير الموضعي او الليدوكاين؟ نعم / لا
Do you have any allergy, specially to Hyaluronic acid, Amide Local Anesthesia or Lidocaine? Yes / No هل تعاني من تضخم الشف؟ نعم / لا
Do you suffer of Hypertrophic Scarring? Yes / No هل تعاني من اي مشاكل او امراض قلبية؟ نعم / لا
Do you suffer any cardiac disorders? Yes / No إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....
if Yes, provide more details.....

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

سيرة المريضة

Date: ... / ... /

٢٠١٩

٠٥

٠٥

٠٥

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 الإقرار بإرادتي الكاملة لإجراء الحقن بالفيلر/البوتوكس لإعادة التجميل و تحسين مظهر الشفاة و تغيير مظهرها أو إعادة تضاريس الوجه. أو إخفاء التجاعيد في منطقة الجبهة و حول العين.

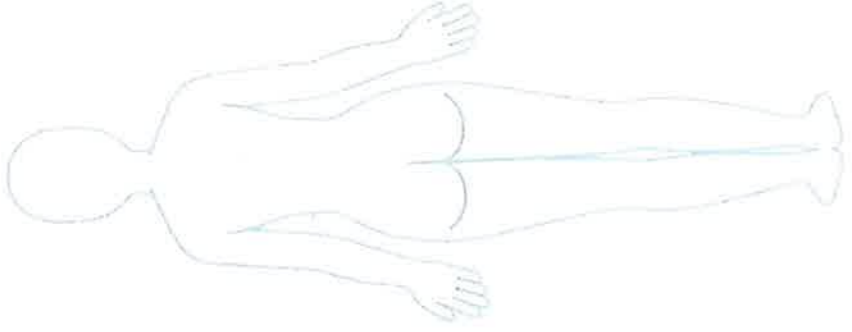
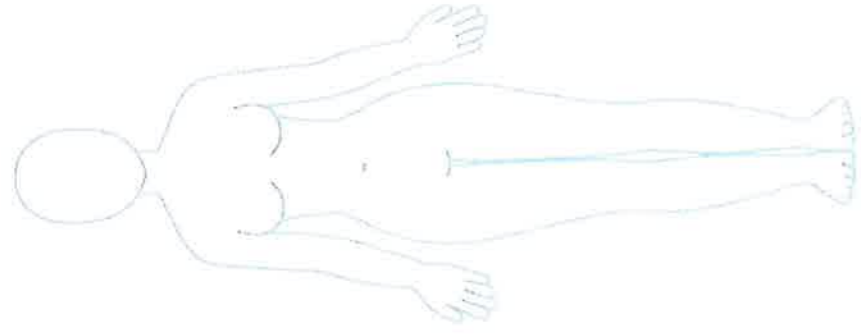
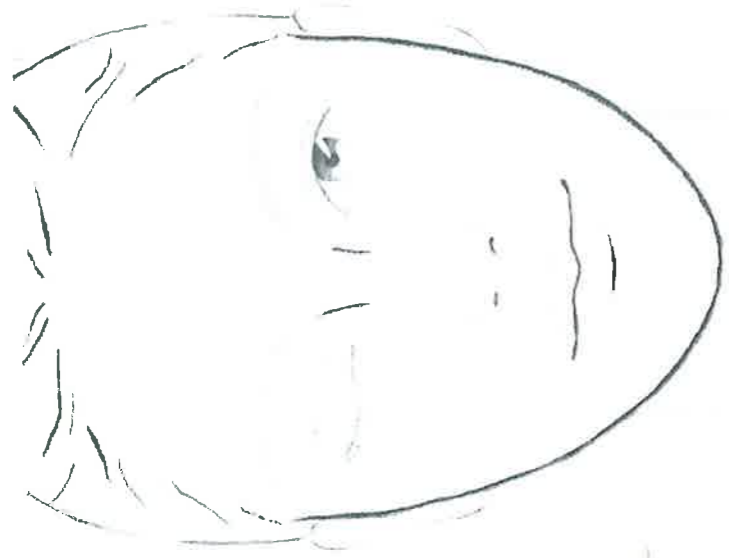
أقر أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل و أنني سوف أوجه جميع الأسئلة و الاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل و بعد العلاج.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الإقرار و التقييم (أقرت قرأتته لي و أنا على علم بمحتواه) و أن جميع استنتاجي و استفساراتي قد أجيبته بالكامل و بشكل مرضي.

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

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			
Session 3			
Session 4			
Session 5			

Doctor's Name and Signature

.....



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,100.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003522)

Date:01-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002074 - SUMAYA ALMEHRZI - 971504998898

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 2,100.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 01-05-2019

Being 2ML CHEEKS FILLER + 2 SESSION GOLD STAMP + 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 : 1002074 - SUMAYA ALMEHRZI - 971504998898

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