



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1002079

Date: 1/5/2019

Date: 1/5/2019 File Number: 1002079
Patient Name: Ruba Masazed اسم المريض: رباع
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 13/6/1982 Gender (الجنس): M / (F) Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married
Nationality (الجنسية): Palestine Occupation (الوظيفة): School Super.Kisar
Address (العنوان): S.Marakah / Al-Tanzim Phone No. (رقم الهاتف): 056.61138488
E-MAIL: rubamasazed@gmail.com How did you know about us: google

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details اذا 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؟ Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	No	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعة للدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...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: 1..15/2019

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 تزديتي 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 أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الإخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الإخطار 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 كالتهاب أو القوم أو النزيف أو الام 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 لدي فتحي الملف صحية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً 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 (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 المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة والسيرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج


Doctor's Signature and Stamp

.....



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
1/9/2019	Androgenic Alopecia front 7 years p: Regain - alophage procedure done: PRP first session			
	Plan: PRP Pack (3 sessions) Meso Hair pack (3 sessions)	2100 1500		د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa إخصائي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 مركز أوركيد الطبي Orchid Medical Centre
18/5/2019	Meso Hair first session			د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa إخصائي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 مركز أوركيد الطبي Orchid Medical Centre
1/6/2019	PRP second session			د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa إخصائي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 مركز أوركيد الطبي Orchid Medical Centre
19/6/2019	Meso Hair second session			د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa إخصائي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 مركز أوركيد الطبي Orchid Medical Centre
26/6/2019	PRP Hair			د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa إخصائي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 مركز أوركيد الطبي Orchid Medical Centre
	next app: 27/7/2019			

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 Ruba, Mohammad
 Name (Ar) Ruba, Abdelmummen, Masaid
 Title ربي محمد طه عبدالمؤمن, مسعيد
 Issue Date: 29/04/2018
 Expiry Date: 22/04/2021
 Marital Status: 02
 Residency Type: 03
 ID Type: IL



Photo

IDN: 784198216843155 Mother Name:
 Card Number: 088813580 Mother Name (Ar):
 Nationality: JOR Family ID:
 (Ar) الأردن
 Sex: F Sponsor Type: 03
 Date of Birth: 13/06/1982 Sponsor Name: عبدالله فوزي عدل المسعيد
 Husband IDN: 32622311
 Residency Number: 20120053092095 Residency Expiry: 22/04/2021
 Occupation: 99 Occupation Field: 00

Signature Image

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

5/1/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,000.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003538

Date: 01-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002079 - RUBA MASAIID - 971561138488

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,000.00** (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 PRP FOR HAIR 2100) + 3 SESSION MESO HAIR 1500) TOTAL AMOUNT 3600 + VAT**

Issued 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 أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,780.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003709)

Date:18-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002079 - RUBA MASAIID - 971561138488

The sum of Dhs. Three Thousand Seven Hundred Eighty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 2,780.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 1,000.00

Bank:

Cheque No. Date: 18-05-2019

Being 3 SESSION PRP FOR HAIR + 3 SESSION MESO HAIR + 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 : 1002079 - RUBA MASAIID - 971561138488

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