



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 4 / 5 / 2019

Date: ... / ... / File Number: 1002087

Patient Name: Noora Mohd Al Shami اسم المريض: نورة محمد الشامي

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / ... / Marital Status: (الحالة الاجتماعية): لا عمل

Nationality (الجنسية): Occupation (الوظيفة): Phone No. (رقم الهاتف): 0551663191

Address (العنوان): How did you know about us:

E-MAIL: noorajid@gmail.com

التاريخ الطبي Medical History	
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	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 مميعات الدم؟	لا
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) ، انيميا (فقر الدم)	لا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، 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 مانع للحمل؟ هل تعالين 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 الغدة الدرقية؟	لا
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ 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 أقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أفهم 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 التجميلية المقدمة لي، كما أفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية المرضية.
- أفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قيمته لدى قمتي الملف صحيحة. و أفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بأكمل ارادتي

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

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: 2019 / 5 / 4



استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نوعية 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 ، ادخال المستشفى

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



PATIENT NAME: Noora

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
5/5/2019	laser consultation plan: botox FRF (3)se PRP (3)sessi p. cetaphilic Bx		د. وسام مروان الطيب Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الخصائي الجلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre	د. وسام مروان الطيب Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الخصائي الجلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre
04/05/19	LHR FULL BODY (VIKINI) Half done 1st Session. Full body pkg 4900) Shaving with Fatima-1002088		د. وسام مروان الطيب Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الخصائي الجلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre	د. وسام مروان الطيب Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الخصائي الجلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre
1/7/19	LHR full body (Deka)		د. وسام مروان الطيب Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الخصائي الجلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre	د. وسام مروان الطيب Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الخصائي الجلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre
25/8/2019	dysport (0.35) Micro Botox (0.15) plan. cantery skin tags next app. 14/9: f	900 300		
22/08/19	LHR full body (VIKINI)		د. وسام مروان الطيب Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الخصائي الجلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre	د. وسام مروان الطيب Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الخصائي الجلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre
25/12/19	LHR full body (Deka)		د. وسام مروان الطيب Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الخصائي الجلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre	د. وسام مروان الطيب Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الخصائي الجلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre
29/12/20	LHR full body (Deka)		د. وسام مروان الطيب Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الخصائي الجلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre	د. وسام مروان الطيب Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الخصائي الجلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre



precisely Kindly Answer the following questions

يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟	<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار
	<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار
	<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
	<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Scars or keloids? Yes / No هل ظهر لديك علامات ندوب أو جيرة؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> No
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No هل تناولت عقار الكيوتان/ الـ isotretinoin خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> No
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكورتيزون في منطقة العلاج؟	<input checked="" type="checkbox"/> No
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No هل قمت بتفك أو كي أو إزالة الشعر بالشع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> No
Did you get exposed to sun or got tanned lately? هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> No
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> No
Do you Have any tattoos on site? Yes / No هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلافات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> No
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No ماهي المنتجات التي تستخدمها لبطركك حاليا؟	<input checked="" type="checkbox"/> No
What products you are using for your skin recently?..... هل أجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> No
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No هل قمت سابقا بإجراء ميكياج دائم للوجه؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> 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 variation of individual responses to treatment. and I consent that I know all alternative 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 بمسئوليتي. أوافق على إزالة الشعر بالليزر في مركز أوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر. وأتفق أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إنهاء الشعر. وأتفق أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة والشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشع و الكي و إني اخترت إزالة الشعر بالليزر. أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

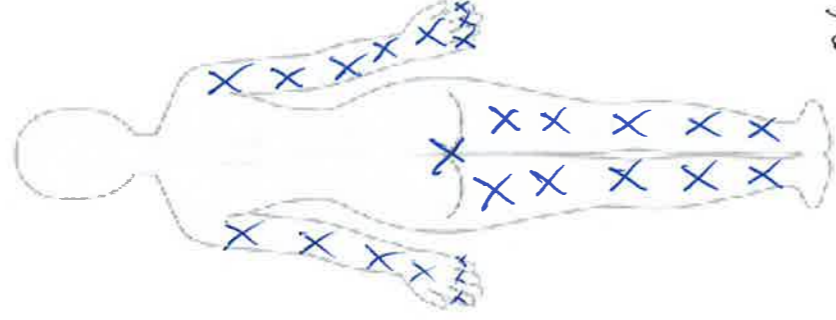
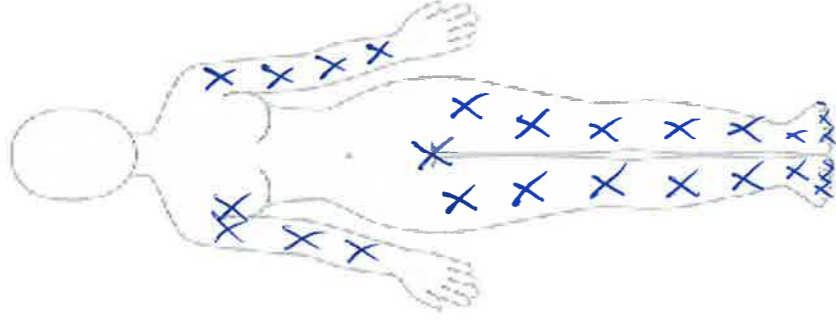
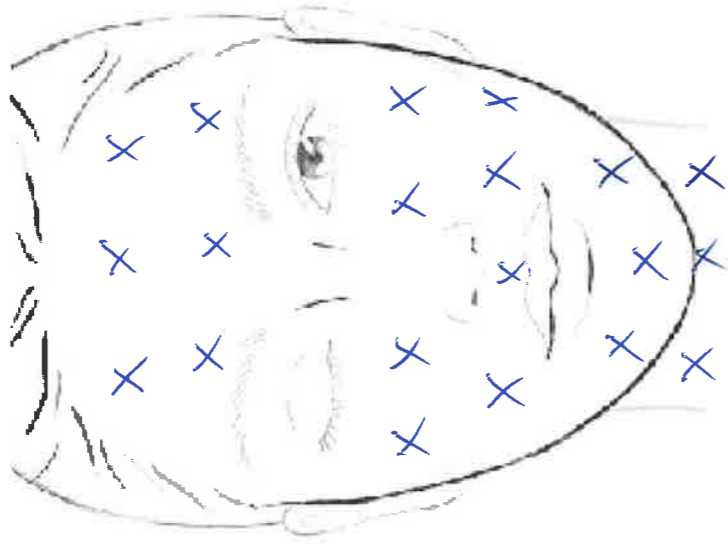
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً و يشمل ذلك العلاجات و الحساسيات و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشع لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
أتفق أنه برغم التغيير الذي قد الحطه 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 التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الي عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تتدمع في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
أقر أنه قد أتحت لي الفرصة للإستشارة و توجيه الأسئلة الي المعالج المختص و أني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و إني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ
4...../2/2019

Patient's Name: Noora Mohd
 File Number:
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No

1002087



pkgy jmskad

Treatment Date	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
04/05/19	11/06/19	28/08/19	16/11/19	25/12/19	29/12/20	
Full Body	Full Body	Full Body	Full Body	Same	Full body	
Medium	MIS	Med/Soft	H/S/D	Med/Thio	Soft+LD	
DPI	Alex do spot	DPI/FDP	Alex 120	Alex 20	Alex do	
22Jkm	SHORT	22J/SHORT	9/10.5ms	9J/9.5ms	10/10ms	
SHORT	8/10ms		Bikini 14/17ms			
2	1	2	1	Bikini	Bikini	
4:45pm	6:30pm	4:15pm	4:30pm	16:12pm	16:12pm	
5:10pm	7:30pm	5:30pm	5:30pm	+5J/6ms	1 fresh	
Not finished		Only upper parts	5:30pm	16-17J/15ms	15:30pm	
		Botax done	5:30pm	5:30pm	15:30pm	

Therapist Name and Signature

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	Nourah,Mohamed,,Alshami	IDN:	784197897695439	Mother Name:	
Name (Ar)	نورة محمد الشامى	Card Number:	091661272	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	706002523
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	08/11/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	08/11/2028	Date of Birth:	20/03/1978	Sponsor Name:	
Marital Status:	03	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

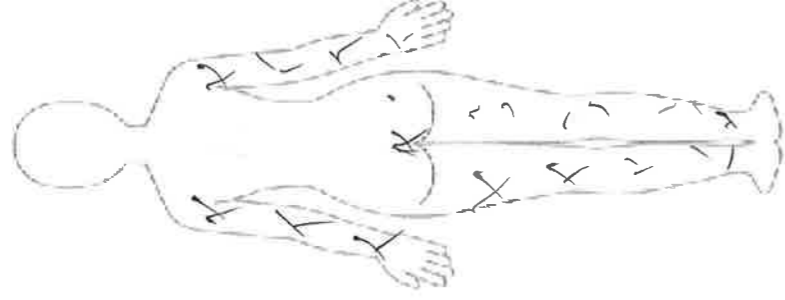
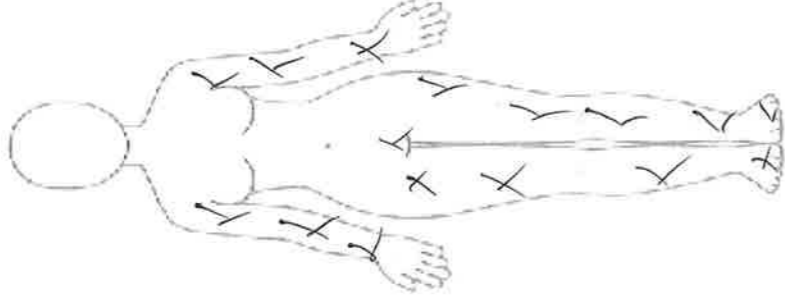
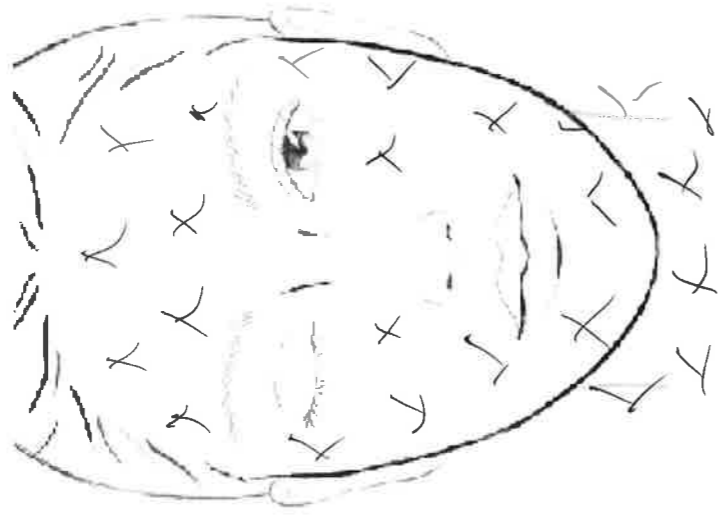
5/4/2019

اسم المريض: Noora Mohd

File Number: 1002087

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pain Relief given? Yes / No



Treatment Date 7/14/20

Treatment Area Full body

Hair Type Soft 1D.

Mode 9/10ms

Fluence 1 pass

Pulse Type 6 pm

CNT Pulse

Passes

Starting Time

Finish Time

Post Treatment

Hindol

[Signature]

Therapist Name and Signature

Session 1

Session 2

Session 3

Session 4

Session 5

Session 6



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,286.25

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003560

Date: 04-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002087 - NOORA ALSHAMI - 971551663191**The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Eighty Six and Two Five Fils Only**By Cash **1,286.25** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

By: **ADVANCE FOR FULL BODY PKG 4900) SHARING WITH FATIMA ABDULLAH FILE NO:1002088**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

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,572.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004276)

Date:01-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002087 - NOORA ALSHAMMI - 971551663191

The sum of Dhs. Two Thousand Five Hundred Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 1,286.25 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 1,286.25

Bank: Cheque No.

Date: 01-07-2019

Being PACKAGE FOR FULL BODY LHR 4900 SHARING WITH FATIMA ABDULLAH FILE NO:1002088

Made by Hilba

- 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 : 1002087 - NOORA ALSHAMMI - 971551663191

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004871)

Date: 28-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002087 - NOORA ALSHAMI - 971551663191

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,260.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 28-08-2019

Being BOTOX 900 + MICRO BOTOX 300 + 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 : 1002087 - NOORA ALSHAMI - 971551663191

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

ورقة الموافقة على البوتكس

التاريخ:

أنا السيد/الليدة Noor Alshah أوكد بأنه تم شرح لنا كيفية العلاج باستخدام البوتكس وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه كحال جميع الادوية البوتكس قد يحتوي على آثار جانبية. هذه الردود العكسية قد تكون متعلقة بالعلاج، إما بسبب المنتج أو الفرد، لكن بشكل عام هذه المضاعفات قد تحدث في الأيام الأولى التي تتبع يوم الحقن وتكون بشكل مؤقت. معظم الحالات التي تم تسجيلها تكون بدرجة معتدلة إلى خفيفة. كما هو متوقعة بعد الحقن سوف يكون هناك شعور بألم وحرق ونبيس وتورم ووزراق.

من الآثار الجانبية الشائعة التي من الممكن حدوثها: صداع، زغللة، احمرار، تراخي بعضلات الوجه وألم في الوجه.

من الآثار الجانبية الغير شائعة: التهاب، غثيان، تمييل، التهاب في الجفن، ألم في العين، عدم رؤية واضحة، جفاف في الفم، تيبس الشفاء، تورم في الوجه وحول العين، حساسية ضد الضوء، تشنج بالعضلات، أعراض الانفلونزا، ضعف وحرارة.

الآثار الجانبية التالية قد تكون نادرة: حكة، طفح جلدي، قشعريرة، أنواع مختلفة من الطفح الجلدي الأحمر، حساسية قوية (تورم وتحديدا في الوجه والمجرى الهوائي مما يسبب صعوبة بالتنفس)، هبوط الحاجب أو الجفن، سماع طنين بالأذن وقلة السمع، حساسية في صعوبة البلع والتنفس والكلام.

لقد تم إيلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 4 إلى 6 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح.

إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا أفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور أو الوصف المرفق

نعم لا

التوقيع: 

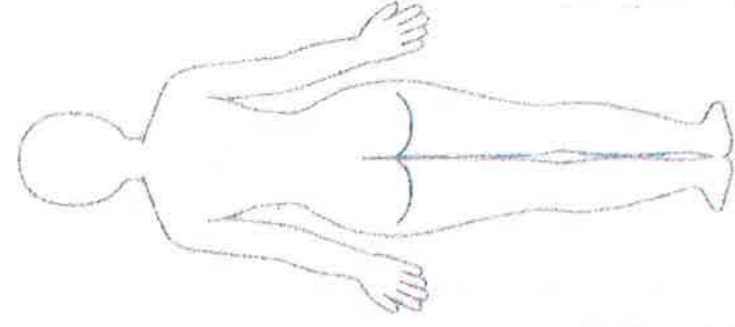
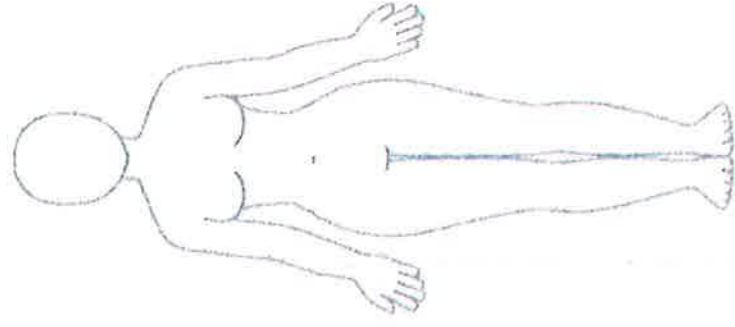
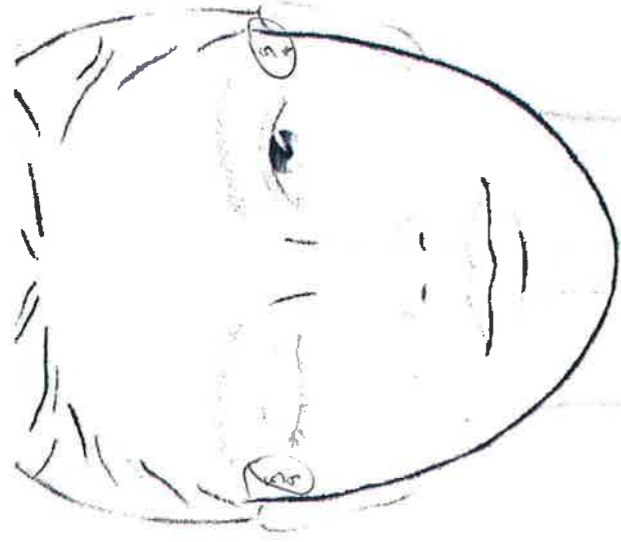
التوقيع: 

اسم المريض:



اسم المعالج:





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

.....

