



File No:

Date: ٢٨ / 5 /

Date: 2٧/5/20١٩ File Number: 1002163
Patient Name: Arwa Jaafar اسم المريض: أروى جعفر الجعفر
Date Of Birth 25 / 7 / 85 Gender : M / (F) Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Married.
Nationality (الجنسية): Jordanian Occupation :
Address : Sharjah, UAE. Phone No. (رقم الهاتف) : 0564415503
E-MAIL: Designarab@live.com How did you know about us: Social media

التاريخ الطبي Medical History		
Medical Condition الحالة الطبية	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 حثيثاً؟	نعم	هيزون منع كل مصمم
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	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 روماتيزم، 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 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 مانع 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 الدرقية؟	لا	
Other conditions HSV, HIV... etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc	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: 21/5/2019
.....


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 تزيدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا 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 أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية 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 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 لدى فتحني الملف صحية و تفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر ان 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		
الوزن (Kg):	Height (الطول):	cm
النبض (ppm):	Blood Pressure (ضغط الدم):	/
		Blood Type (دم):
		Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

weight gain In hepa
Tummy

التاريخ المرضي: Disease History	_____
الحساسيات: Allergies	_____
الأدوية: Medications	_____
الحمل: Pregnancy	_____
عمليات سابقة ، ادخال المستشفى: Previous Surgeries, Hospitalization	_____

التدخين (Smoking): Y / N Alcohol (الكحول): Y / N Drugs (العقاقير): Y / N

Y / N
sugary

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

BGA.

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Normal Case

File No:

Date: / /





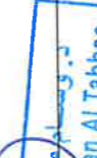
Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
22/05/19	Endymed tummy 1st session done. Note piercing done.			Beber
30/05/19	Endymed tummy 2nd session done.			 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre
15/06/19	Endymed 3rd			 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre
17/12/2019	Lips filler dysport (0.5) next app: 28/12: fu	850 850		 BioScience GmbH 19073 Dülmen, Germany Genefill LOT F-1619/1 2022-04
21/12/2019	Lips filled = 1 syring next: after 1 week			 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre
4/1/2020	fa Normal and Good results			 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO

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	Arwa,Jafar,Mohammad,Al Abahra	IDN:	784198504964879	Mother Name:	
Name (Ar)	اروى جعفر محمد الباهره	Card Number:	092570009	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الأردن	Sex:	F
Issue Date:	13/01/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	18/12/2020	Date of Birth:	25/07/1985	Sponsor Name:	رمزى محمد عبودهان
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	10456203
Residency Type:	03	Residency Number:	20120143211341	Residency Expiry:	18/12/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

5/21/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,000.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003753

Date: 22-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002163 - ARWA JAAFAR - 971564415503**

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

By Cash **1,000.00** / 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: _____

eing **ADVANCE FOR DIETITION PKG WITH 5 SESSION ENDYMED + 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

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003755)

Date:22-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002163 - ARWA JAAFAR - 971564415503

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Dirhams and Zero Filis Only**By Cash **210.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **22-05-2019**Being **NOSE PIERCING + 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 : 1002163 - ARWA JAAFAR - 971564415503

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,100.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003864)

Date: 30-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002163 - ARWA JAAFAR - 971564415503

The sum of Dhs. **Two Thousand One Hundred Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **1,100.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **1,000.00**

Bank:

Date: 30-05-2019

Cheque No.

Being **dietition pkg with endymed session + 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

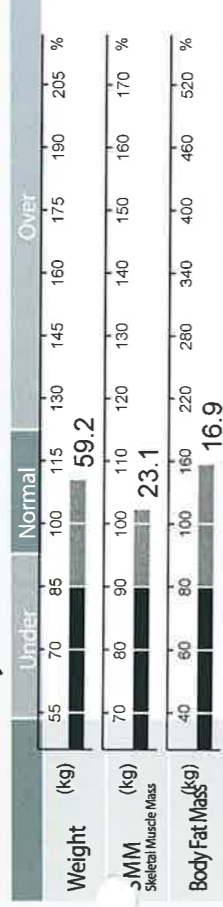
Confirmed by : 1002163 - ARWA JAAFAR - 971564415503

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

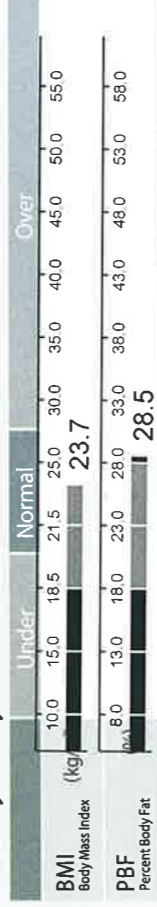
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	31.0 (27.4~33.4)
For building muscles	Protein (kg)	8.4 (7.3~8.9)
For strengthening bones	Minerals (kg)	2.91 (2.53~3.09)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	16.9 (10.7~17.2)
Sum of the above	Weight (kg)	59.2 (45.6~61.8)

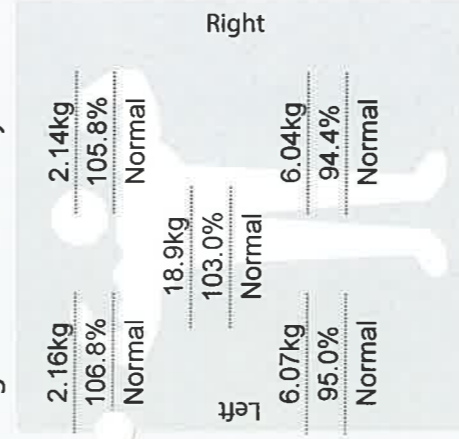
Muscle-Fat Analysis



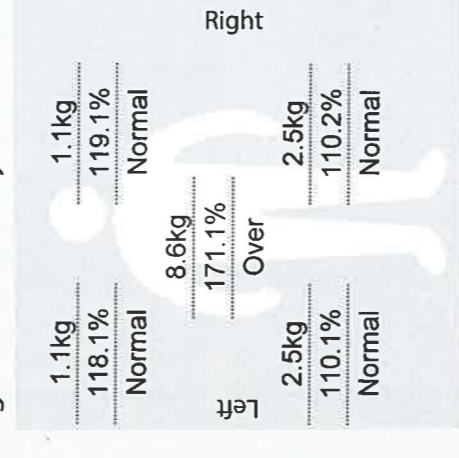
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	59.2
SMM (kg)	23.1
PBF (%)	28.5

InBody Score

77 / 100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

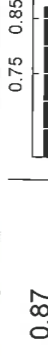
Weight Control

Target Weight	54.9 kg
Weight Control	-4.3 kg
Fat Control	-4.3 kg
Muscle Control	0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Under <input type="checkbox"/> Slightly Over <input type="checkbox"/> Over
PBF	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Slightly Over <input type="checkbox"/> Over

Waist-Hip Ratio



Visceral Fat Level



Research Parameters

Fat Free Mass	42.3 kg
Basal Metabolic Rate	1284 kcal (1256~1453)
Obesity Degree	110 % (90~110)
Recommended calorie intake	2031 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	104	Gateball	113
Walking	118	Yoga	118
Badminton	134	Table Tennis	134
Tennis	178	Bicycling	178
Boxing	178	Basketball	178
Mountain Climbing	193	Jumping Rope	207
Aerobics	207	Jogging	207
Soccer	207	Swimming	207
Japanese Fencing	296	Racketball	296
Squash	296	Taekwondo	296

* Based on your current weight
* Based on 30 minute duration

Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.



Impedance

Z(Ω)	20 kHz	355.6	23.5	277.9	273.6
	100 kHz	321.0	318.0	20.3	249.3
				20.3	245.5

↓ 1.4kg

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	30.6 (27.4~33.4)
For building muscles	Protein (kg)	8.3 (7.3~8.9)
For strengthening bones	Minerals (kg)	2.90 (2.53~3.09)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	17.8 (10.7~17.2)
Sum of the above	Weight (kg)	59.6 (45.6~61.8)

InBody Score

75 / 100 Points

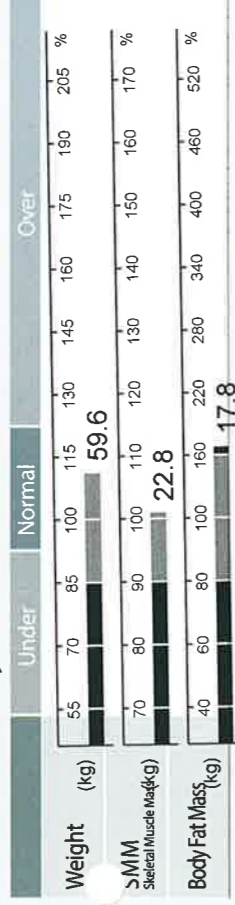
* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

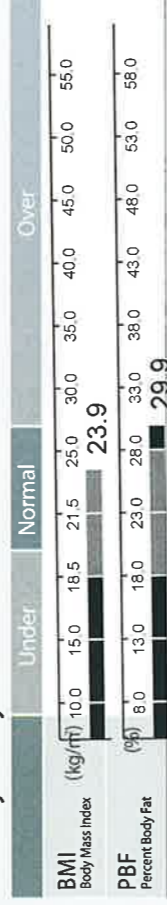
Target Weight 54.3 kg
 Weight Control *↓* - 5.3 kg
 Fat Control - 5.3 kg
 Muscle Control 0.0 kg

1.4kg

Muscle-Fat Analysis



Obesity Analysis



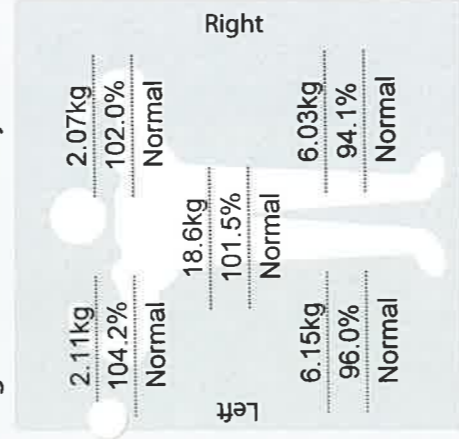
Visceral Fat Level

Level 7

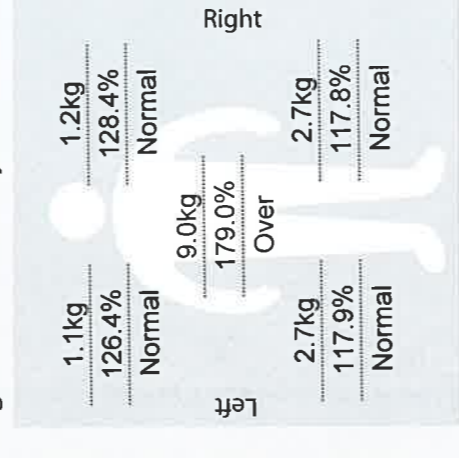
Research Parameters

Fat Free Mass 41.8 kg
 Basal Metabolic Rate 1273 kcal (1262~1460)
 Obesity Degree 111 % (90~110)
 Recommended calorie intake 2035 kcal

Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



* Segmental fat is estimated.

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	105	Gateball	113
Walking	119	Yoga	119
Badminton	135	Table Tennis	135
Tennis	179	Bicycling	179
Boxing	179	Basketball	179
Mountain Climbing	194	Jumping Rope	209
Aerobics	209	Jogging	209
Soccer	209	Swimming	209
Japanese Fencing	298	Racketball	298
Squash	298	Taekwondo	298

*Based on your current weight
 *Based on 30 minute duration

Results Interpretation QR Code

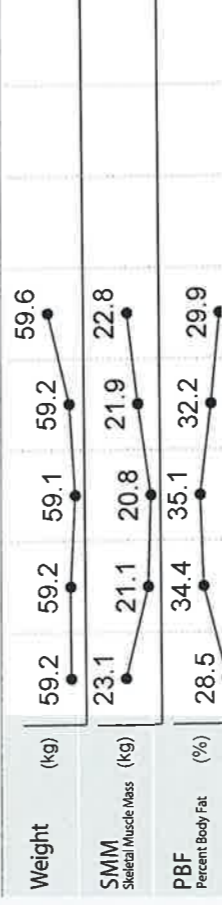
Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.



Impedance

RA LA TR RL LL
Z(Ω) 20 kHz 372.0 363.9 24.2 286.6 273.5
 100 kHz 335.9 328.5 20.9 255.0 244.5

Body Composition History

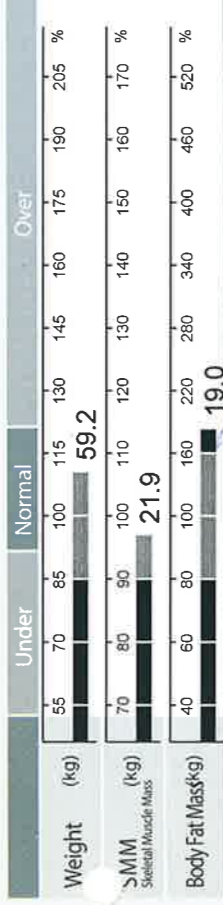


ID 210519-1 | Height 158cm | Age 33 | Gender Female | Test Date & Time 01.06.2019. 14:20

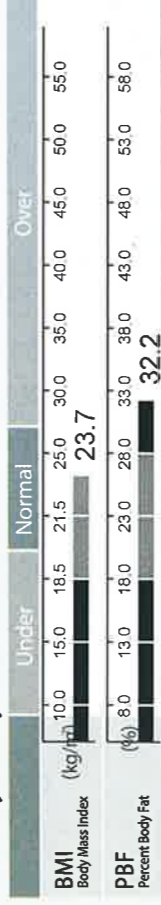
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	29.5 (27.4~33.4)
For building muscles	Protein (kg)	7.9 (7.3~8.9)
For strengthening bones	Minerals (kg)	2.78 (2.53~3.09)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	19.0 (10.7~17.2)
Sum of the above	Weight (kg)	59.2 (45.6~61.8)

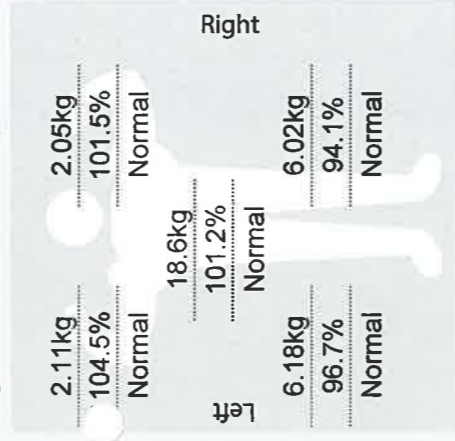
Muscle-Fat Analysis



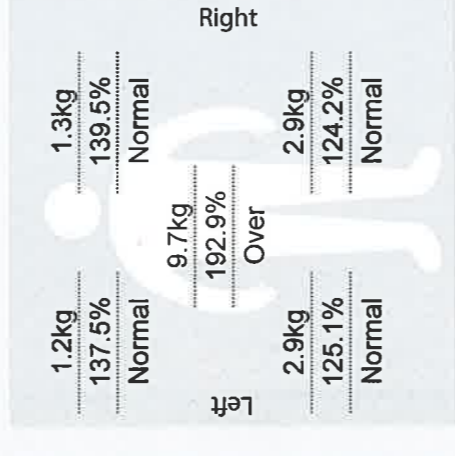
Obesity Analysis



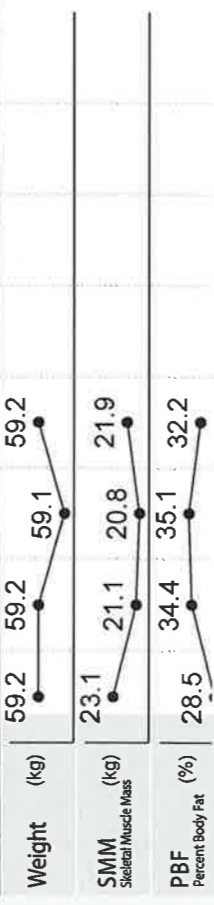
Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History



InBody Score

72/100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight 53.7 kg
 Weight Control -5.5 kg
 Fat Control -6.7 kg
 Muscle Control +1.2 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio



Visceral Fat Level



Research Parameters

Fat Free Mass 40.2 kg
 Basal Metabolic Rate 1238 kcal (1256~1453)
 Obesity Degree 110 % (90~110)
 Recommended calorie intake 2031 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	104	Gateball	113
Walking	118	Yoga	118
Badminton	134	Table Tennis	134
Tennis	178	Bicycling	178
Boxing	178	Basketball	178
Mountain Climbing	193	Jumping Rope	207
Aerobics	207	Jogging	207
Soccer	207	Swimming	207
Japanese Fencing	296	Racketball	296
Squash	296	Taekwondo	296

* Based on your current weight
 * Based on 30 minute duration

Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.



Impedance

RA LA TR RL LL
 Z(Ω) 20 kHz | 349.2 338.8 27.4 277.7 262.4
 100 kHz | 315.7 307.3 26.0 248.0 233.4

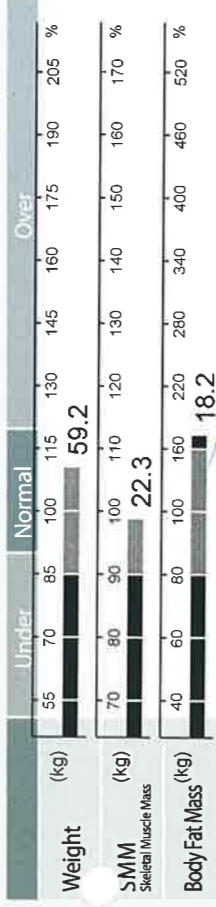
↑ 400g
Fax

ARWA

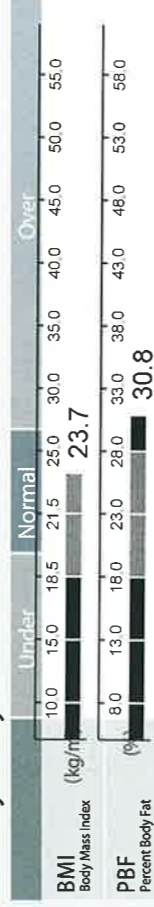
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	30.1 (27.4~33.4)
For building muscles	Protein (kg)	8.0 (7.3~8.9)
For strengthening bones	Minerals (kg)	2.89 (2.53~3.09)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	18.2 (10.7~17.2)
Sum of the above	Weight (kg)	59.2 (45.6~61.8)

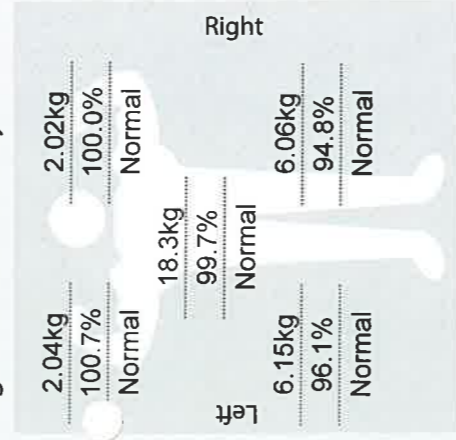
Muscle-Fat Analysis



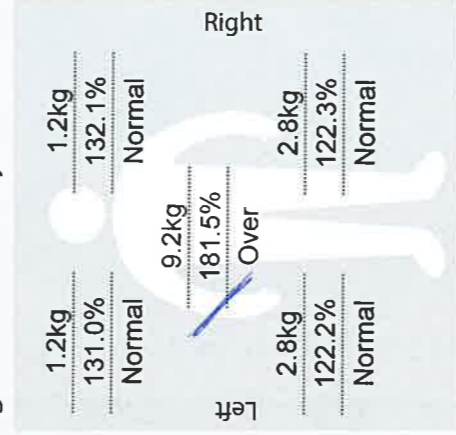
Obesity Analysis



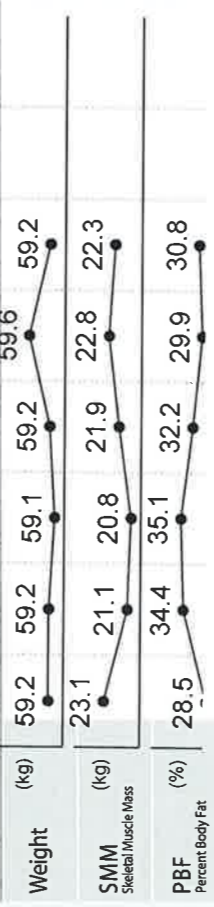
Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History



InBody Score

74/100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight	53.6 kg
Weight Control	-5.6 kg
Fat Control	-5.9 kg
Muscle Control	+0.3 kg

Obesity Evaluation

BMI	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Under <input type="checkbox"/> Slightly Over <input type="checkbox"/> Over
PBF	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Slightly Over <input type="checkbox"/> Over

Waist-Hip Ratio



Visceral Fat Level



Research Parameters

Fat Free Mass	41.0 kg
Basal Metabolic Rate	1255 kcal (1256~1453)
Obesity Degree	110 % (90~110)
Recommended calorie intake	2031 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	104	Gateball	113
Walking	118	Yoga	118
Badminton	134	Table Tennis	134
Tennis	178	Bicycling	178
Boxing	178	Basketball	178
Mountain Climbing	193	Jumping Rope	207
Aerobics	207	Jogging	207
Soccer	207	Swimming	207
Japanese Fencing	296	Racketball	296
Squash	296	Taekwondo	296

* Based on your current weight
* Based on 30 minute duration

Results Interpretation QR Code



Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.

Impedance

Z(Ω)	20 kHz	367.0	364.8	25.2	276.6	267.1
	100 kHz	332.0	329.4	22.3	247.3	239.7

InBody

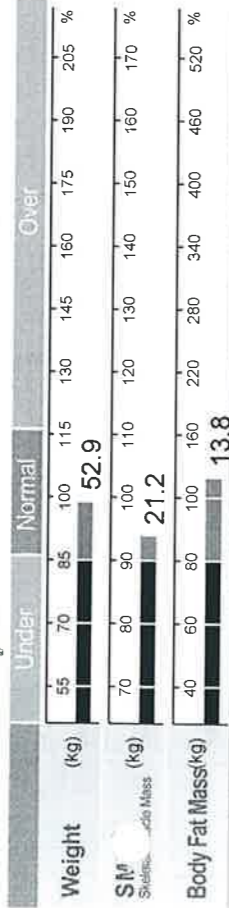
ID 210519-1 | Height 158cm | Age 34 | Gender Female | Test Date / Time 15.10.2019. 13:08

ARWA 4.5 kgV
after Break
→ fat lost
1.5 kg ↓ Fat Remaining
2 weeks only active target
Good job

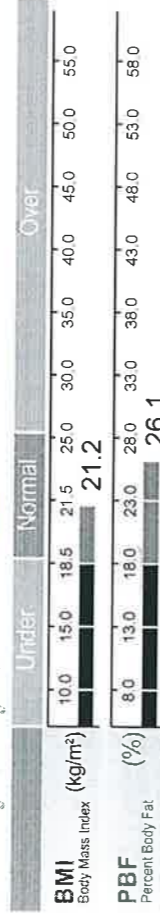
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	28.7 (27.4~33.4)
For building muscles	Protein (kg)	7.6 (7.3~8.9)
For strengthening bones	Minerals (kg)	2.76 (2.53~3.09)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	13.8 (10.7~17.2)
Sum of the above	Weight (kg)	52.9 (45.6~61.8)

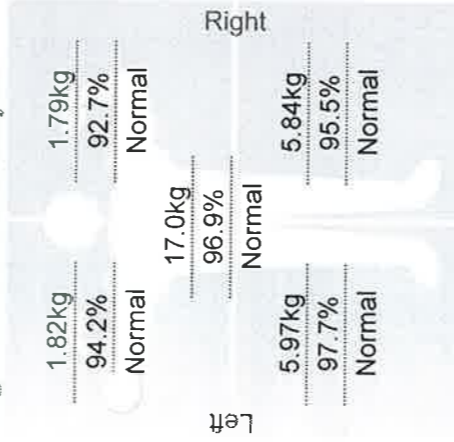
Muscle-Fat Analysis



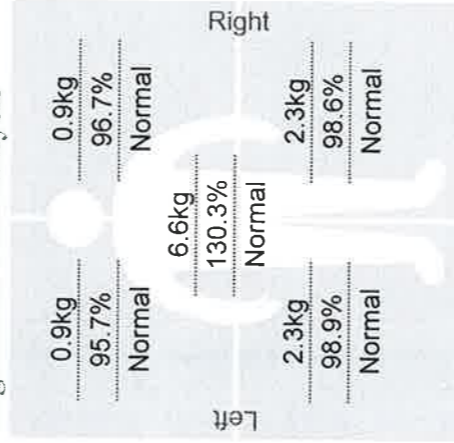
Obesity Analysis



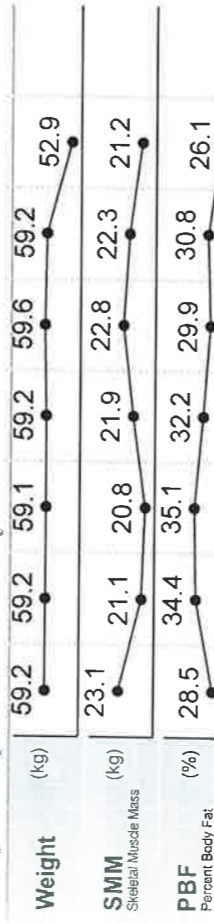
Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History



InBody Score

76 / 100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight 53.6 kg
Weight Control + 0.7 kg
Fat Control - 1.5 kg
Muscle Control + 2.2 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.83

Visceral Fat Level

Level 5

Research Parameters

Fat Free Mass 39.1 kg
Basal Metabolic Rate 1214 kcal (1162~1338)
Obesity Degree 99 % (90~110)
Recommended calorie intake 1958 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	93	Gateball	101
Walking	106	Yoga	106
Badminton	120	Table Tennis	120
Tennis	159	Bicycling	159
Boxing	159	Basketball	159
Mountain Climbing	173	Jumping Rope	185
Aerobics	185	Jogging	185
Soccer	185	Swimming	185
Japanese Fencing	265	Racketball	265
Squash	265	Taekwondo	265

* Based on your current weight
* Based on 30 minute duration

Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.



Impedance

Z(Ω) 20 kHz 403.5 396.9 26.6 294.6 280.1
100 kHz 363.0 357.6 23.1 264.4 252.5



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006644)

Date:21-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002163 - ARWA JAAFAR - 971564415503

The sum of Dhs. **Eight Hundred Ninety-Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **892.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date: 21-12-2019

Being **LIP FILLER + 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 : 1002163 - ARWA JAAFAR - 971564415503

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



مركز أوركيڤد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,785.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006512)

Date:14-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002163 - ARWA JAAFAR - 971564415503

The sum of Dhs. One Thousand Seven Hundred Eighty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash **1,785.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 14-12-2019

Being **BOTOX 850 + LIP FILLER 850 + 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 : 1002163 - ARWA JAAFAR - 971564415503

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

ورقة الموافقة على البوتكس

التاريخ: 14/12/2019

أنا السيد/السيدة _____ أؤكد 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 بالألم وحرق وتيبس وتورم وزرراق.

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

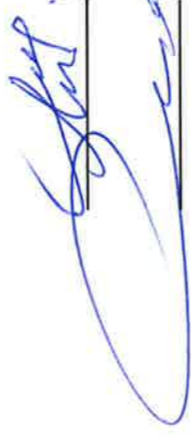
من الآثار الجانبية الغير شائعة: التهاب، غثيان، تقيؤ، التهاب في الجفن، ألم في العين، عدم رؤية واضحة، جفاف في الفم، تيبس الشفاء، تورم في الوجه وحول العين، حساسية ضد الضوء، تشنج بالعضلات، أعراض الانفلونزا، ضعف وحرارة.

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 إبلاغي 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 أتفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبدل.

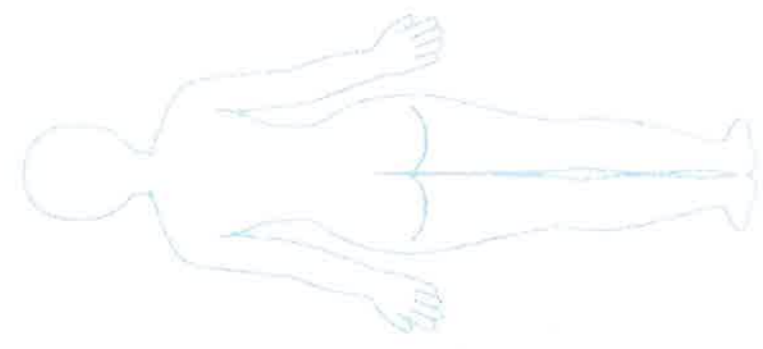
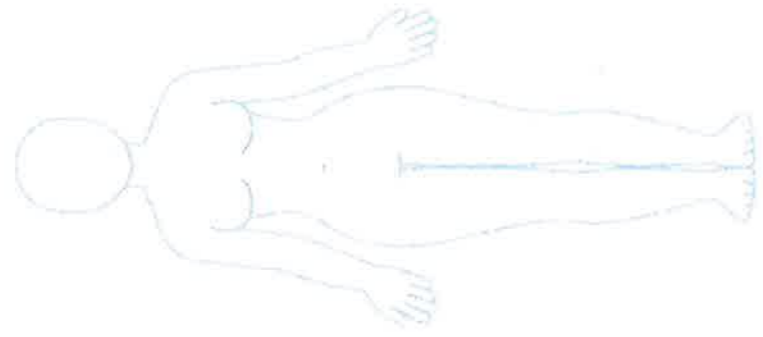
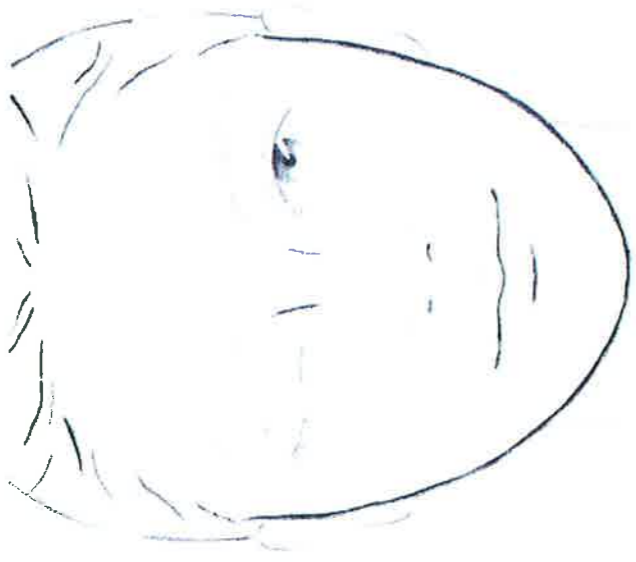
أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور أو الوصف المرفق
نعم
لا

التوقيع: 

اسم المريض: احمد جعفر

التوقيع: 

اسم المعالج: Dr. Wesa



Filler Injection Log

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

Botox Injection Log

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

Doctor's Name and Signature

.....

ورقة موافقة على العلاج بالفيلر

التاريخ: 14/12/2019

أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الفيلر وكل التفاصيل المتعلقة
بها، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه.

لقد تم إبلاغي باحتمال ظهور بعض الأعراض الجانبية المصاحبة لحقن مادة الفيلر، والتي من المحتمل
ظهورها بعد الجلسة مباشرة أو مؤخرًا والتي قد تحتوي على:

التهابات (احمرار، وذمة، إلخ) وأيضًا قد تصاحب شعور بالحك، ألم عند الضغط وذلك يكون بعد الحقن
مباشرة. هذه الأعراض قد تستمر لمدة أسبوع.

ورم دموي - تيبس في المنطقة المحقونة - حدوث انتفاخ أو تورم أو التهاب أو
حساسية - حدوث تأثير بسيط أو عدم حدوثه

بشكل عام تكون هذه العلامات بدرجة معتدلة إلى خفيفة وسوف تختفي من تلقاء نفسها بعد عدة أيام من جلسة
الحقن.

الآثار النادرة الأخرى تتضمن:

لا يمكن التنبؤ بمدة استمرارية الفيلر في الجسم سواء أقصر أو أطول من المدة المتوقعة
عدم تناظر الوجه - تغير طویل الأمد في لون الجلد - خمج فيروسي أو خمج جرثومي

ندبة-تقرح - ورم حبيبيومي - صدمة تحسسية - العمى

لقد تم إبلاغي أيضًا أنه اعتمادًا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير
العلاج قد يستمر لمدة 6 إلى 9 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدًا 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. وأيضًا أتفهم أن 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

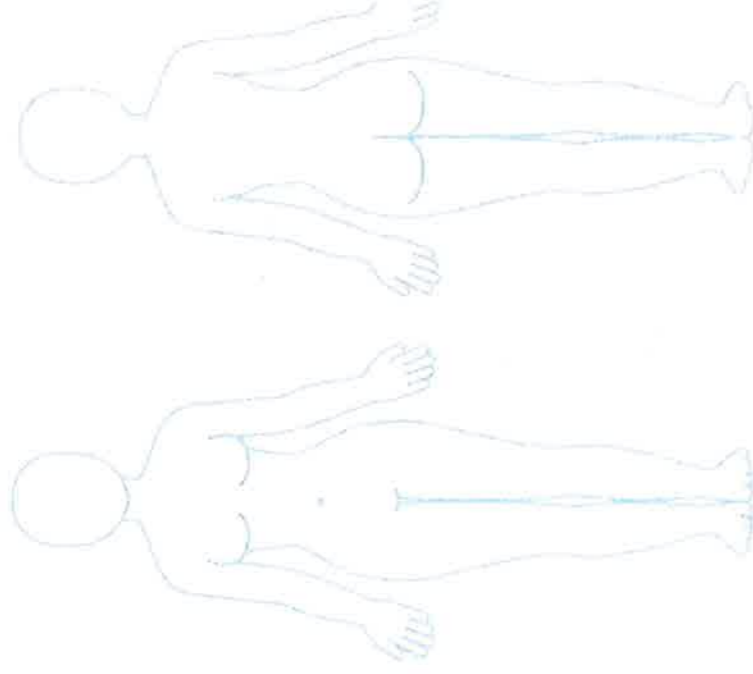
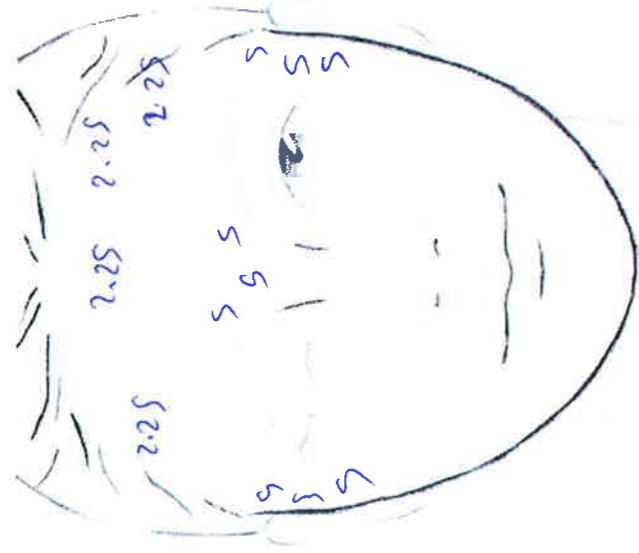
التوقيع:

التوقيع:

اسم المريض:

اسم المعالج:

Dr. W. E. S. A.



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

.....

Patient name: ARWA JAAFAR

File no: 1002163

I have no objection to take picture for me and uploaded in orchid medical center Instagram.

ARWA JAAFAR

