



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1002174

Date: 23/5/2019

Date: 23/5/2019

File Number: 1002174

Patient Name: Ibtisam Ali Mohammad

إسم المريض: (إبتسام) علي محمد

Date Of Birth (تاريخ الميلاد) : ... / ... / ...

Marital Status:(الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية) : ...

Occupation (الوظيفة) : ...

Address (العنوان) : ...

Phone No. (رقم الهاتف): 0551336227

E-MAIL:
How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	نعم	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟ Allergies هل لديك أي حساسية؟	نعم	
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	نعم	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	نعم	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لو كيميا (فقر الدم)	نعم	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، 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؟	نعم	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	نعم	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	نعم	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	نعم	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	نعم	
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc	نعم	

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 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 او تأمين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية او التجريبية المقدمة لي كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم شاماً 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 القوم أو النزيف أو الالم 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 الصحية 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 انني 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 (مجموعة 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 ، اذخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعلي 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


.....




PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
23/5/2019	lower face threads N1 = 4 Cheeks filler = 1ml x 2 pt' advised 12 threads + Botox but she accept for 4-threads + filled	2500		
	30/5/2019 → cut 1 threads on Right side plan: tips filler	2000		


 BioScience GmbH
 19073 Dummer, Germany
 F-2618/1
 2021-06
GeneFill
 SOFT FILL
 CE 2409
 07640468X35


 BioScience GmbH
 19073 Dummer, Germany
 F-2618/1
 2021-06
GeneFill
 SOFT FILL
 CE 2409
 07640468X35

د. وسام مروان الطباع
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 اختصاصي جلدية
 Dermatology-specialist
 ترخيص رقم: V826
 MOH License No.: V826
 مركز اوركيذ الطبي
 Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 اختصاصي جلدية
 Dermatology-specialist
 ترخيص رقم: V826
 MOH License No.: V826
 مركز اوركيذ الطبي
 Orchid Medical Centre



The New India
Assurance Co. Ltd



Handy Phone FZCO

Policy No: 34/18014264 Plan: EUROMED RIYAH
Name: IBTISAM ALI MOHAMMAD HAMMAD
Card No: 9880-5D8F-5B25-5D4D
Network: RN2 (Excl. Zulekha Hospital)
Co Ins: NH Dental: No Optical: No
Class: Semi-Private
Category: B
YOB: 1968
Effective: 30/12/2018
Expire: 29/12/2019

Ded: 20% Co. Ins. on Cons. Only (Max: AED 50)

This card is for personal use and must be presented at every doctor's visit.



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

هل أنت حامل أو تومنين بالإرضاع حالياً؟ نعم / لا	Are you pregnant or breast feeding? Yes / No
هل لديك أي حساسية؟ نعم / لا	Do you have a history of allergy or anaphylaxis? Yes / No
هل تتلقى أي علاجات حالياً؟ نعم / لا	Are you currently receiving any Medical Treatment? Yes / No
إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....	If Yes, provide more details.....
هل قمت سابقاً بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا	Have you previously received any aesthetic treatment? Yes / No
إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....	If Yes, provide more details.....
هل عانيت من أي أعراض جانبية بعد العلاج؟ متى؟.....	What Areas are treated and when?.....
هل عانيت من أي امراض مناعية؟ نعم / لا	Did you suffer any side effects after treatment?.....
هل عانيت من أي امراض مناعية؟ نعم / لا	Have you ever suffered from any auto immune disease? Yes / No
هل تعاني من أي التهابات أو امراض جلدية؟ نعم / لا	Do you have any skin infections or inflammations? Yes / No
هل تتناول أي ستيرويدات أو مسكنات أو مبيعات للدم؟ نعم / لا	Do you take any aspirin, steroids or anticoagulant? Yes / No
هل تعاني من أي حساسية خصوصاً تجاه حمض الهالورنيك أو التخدير الموضعي أو الليدوكاين؟ نعم / لا	Do you have any allergy, specially to Hyaluronic acid, Amide Local Anesthesia or Lidocaine? Yes / No
هل تعاني من تضخم القلب؟ نعم / لا	Do you suffer of Hypertrophic Scarring? Yes / No
هل تعاني من أي مشاكل أو امراض قلبية؟ نعم / لا	Do you suffer any cardiac disorders? Yes / No
إذا كانت الإجابة 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

اسم المريض و التوقيع

Date: ... / ... /

التاريخ: ... / ... /

رضعت المريضة بزرع 7 خطوط في كل نصف وجه لكن المريضة وافقت على زرع 5 خطوط في النصف الثاني من الوجه في كل جهة انا المريضة ابنتي بولو موافقة على زرع 5 خطوط في كل جهة

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

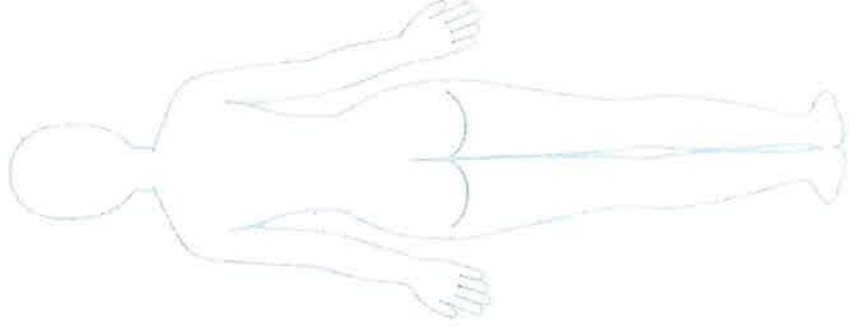
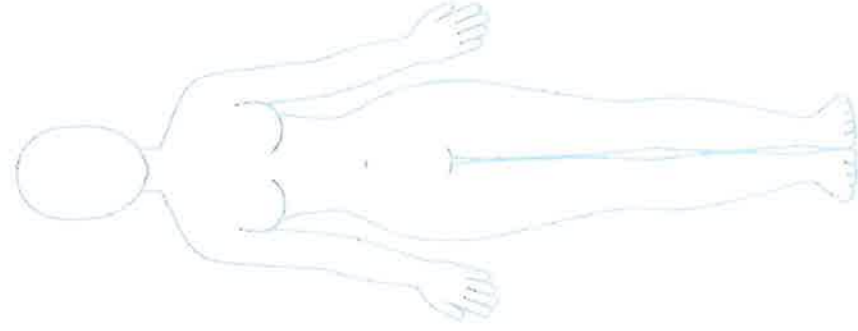
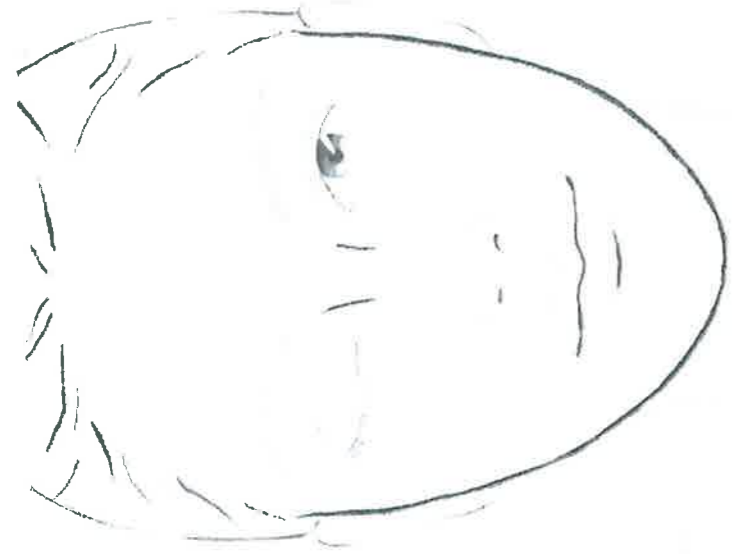
أفهم أن هذا الإجراء هو إجراء اختياري و أنني قد وقعت هذا الأقرار بإرادتي الكاملة لإجراء الحقن بالفيلر / البوتوكس لإعادة التضايرة للوجه و تحسين مظهر الشفاة و تغيير مظهرها أو إعادة تضاريس الوجه، أو إخفاء التجاعيد في منطقة الجبهة و حول العين.

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

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الأقرار و التقييم (أو تمت قرأته لي و أنا على علم بمحتواها) و إن جميع استلثتي و استفساراتي قد أجيبت بالكامل و بشكل مرضي،

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

و أشهد أنني قد أعطيت المعلومات في هذا النموذج بشكل كامل و صحيح و أنني اتحمل مسؤولية التبليغ في حال أي 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 3,990.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003766)

Date:23-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002174 - IBTESAM ALI - 971551336227

The sum of Dhs. **Three Thousand Nine Hundred Ninety Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **3,990.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date: **23-05-2019**

Being **4 THREADS + CHEEKS FILLER 2 ML + 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 : 1002174 - IBTESAM ALI - 971551336227

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