



File No: .....

Date: 25, 5, 19

Date: 25/5/19

File Number: 1002183

Patient Name: Lubana Benfaraj اسم المريض: لبنا بنفرج

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 01/01/1992 Gender: M / F الحالة الاجتماعية: (M / F)

Nationality (الجنسية): مغربية... Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Phone No. (رقم الهاتف): 0521295007

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

### 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: 25/05/2019

### 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 تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم 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 نتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي 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 قمته لدى فحفي الملف صحيحة. و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإطلاع 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: 25/05/19

## Patient Assessment Form - استمارة تقييم المريض

### 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

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

### الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /



**خطة العلاج**  
**Treatment Plan**

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
25/9/2019	scars on face Plan: PRP (3 sessions) Meso (3 sessions) Texas + cheeks = 4 ml filling Procedure done: Meso (G-F)			
27/6/2019	lips filled		850	

Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
 Dermatologist  
 MOH License No.: V826  
 Orchid Medical Center

Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
 Dermatologist  
 MOH License No.: V826  
 Orchid Medical Center

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO\*

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	Loubna,,,Benfaraj	IDN:	784199232027658	Mother Name:	
Name (Ar)	لبنى بن فرج	Card Number:	090929892	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	MAR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المغرب		
Issue Date:	20/09/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	18/09/2020	Date of Birth:	01/01/1992	Sponsor Name:	زهرة العن لتتظيم العلاقات ش ذ م م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120182512767	Residency Expiry:	18/09/2020
ID Type:	IL	Occupation:	5123	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

5/25/2019



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

هل أنت حامل أو تقيمين بالإرضاع حالياً؟ نعم / لا	هل أنت حامل أو تقيمين بالإرضاع حالياً؟ نعم / لا
هل لديك اي حساسية؟ نعم / لا	هل لديك اي حساسية؟ نعم / لا
هل تتلقى اي علاجات حالياً؟ نعم / لا	هل تتلقى اي علاجات حالياً؟ نعم / لا
هل قمت سابقا بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا	هل قمت سابقا بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا
هل قمت سابقا بأي علاج باستخدام البوتكس أو الفيلر؟ نعم / لا	هل قمت سابقا بأي علاج باستخدام البوتكس أو الفيلر؟ نعم / لا
هل عانيت من أي أمراض جانبية بعد العلاج؟	هل عانيت من أي أمراض جانبية بعد العلاج؟
هل عانيت من أي التهابات أو أمراض جلدية؟ نعم / لا	هل عانيت من أي التهابات أو أمراض جلدية؟ نعم / لا
هل تناولت أي ستيرويدات أو مسهبات أو مبيحات للدم؟ نعم / لا	هل تناولت أي ستيرويدات أو مسهبات للدم؟ نعم / لا
هل تعاني من أي حساسية خصوصاً تجاه حمض الهالورنيك أو التخدير الموضعي أو الليدوكين؟ نعم / لا	هل تعاني من أي حساسية خصوصاً تجاه حمض الهالورنيك أو التخدير الموضعي أو الليدوكين؟ نعم / لا
هل تعاني من تضخم الثدي؟ نعم / لا	هل تعاني من تضخم الثدي؟ نعم / لا
هل تعاني من أي مشاكل أو أمراض قلبية؟ نعم / لا	هل تعاني من أي مشاكل أو أمراض قلبية؟ نعم / لا
هل تعاني من أي مشاكل أو أمراض قلبية؟ نعم / لا	هل تعاني من أي مشاكل أو أمراض قلبية؟ نعم / لا

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 والتوقيع

Date: ... / ... / .....

التاريخ: ... / ... / .....

أقر أنني قد حضرت إلى مركز أوركيذ الطبي للحصول على العلاج باستخدام حقن البوتكس و الفيلر.

أتفهم أن هذا الإجراء هو إجراء اختياري و أنني قد وقعت هذا الإقرار بإرادتي الكاملة لإجراء الحقن بالفيلر/ البوتكس لإعادة النضارة للوجه و تحسين مظهر الشفاه 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 لإقرار و التقييم (أو تمت قرأته لي و أنا على علم بحتواه) و أن جميع استئلتي و استفساراتي قد أجيبته بالكامل و بشكل مرضي.

أقر أنني على علم كامل بالخطار و المضاعفات التي قد تنتج عن هذا العلاج و أتفهم أن لا ضمانات قد قدمت لي لنتائج هذا الإجراء الطبي.

و أشهد أنني قد أعطيت المعلومات في هذا النموذج بشكل كامل و صحيح و أنني أتحمّل مسؤولية التبليغ في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

اسم المريض والتوقيع

Date: ... / ... / .....

التاريخ: ... / ... / .....



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,500.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003782

Date: 25-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002183 - LOUBNA BENFARAJ - 971524295007

The sum of Dhs. **One Thousand Five Hundred Only**By Cash **1,500.00** / 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:

Being **ADVANCE FOR 3 SESSION PRP FACE 2100 + 3 SESSIO MESO FACE 1500 + 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](mailto:info@omc1.ae)**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)





مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,417.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003899)

Date:01-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002183 - LOUBNA BENFARAJ - 971524295007

The sum of Dhs. **One Thousand Four Hundred Seventeen Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **1,417.50**

Bank: Cheque No.

Date: 01-06-2019

Being **LIPS FILLER OFFER + MESO FACE + 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 : 1002183 - LOUBNA BENFARAJ - 971524295007

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003920)

Date:02-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002183 - LOUBNA BENFARAJ - 971524295007

The sum of Dhs. **Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **232.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **82.50**

Bank: Cheque No.

Date: 02-06-2019

Being **CARBON LASER + 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 : 1002183 - LOUBNA BENFARAJ - 971524295007

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)