



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... إتسامة... جمال  
Health ... Smile ... Beauty

File No: 1002200

Date: 27/5/2019

Date: 27/05/2019

File Number: 1002200

Patient Name: Samayeh Abbas

اسم المريض: سمية عباس بلرز

Date Of Birth: 7/6/1986 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): سورية

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): المسارحة

Phone No. (رقم الهاتف): 05.046.11187

E-MAIL:

How did you know about us: .....

| التاريخ الطبي<br>Medical History | الحالة الطبية<br>Medical Condition  | Yes/No<br>نعم / لا | If 'YES' give details<br>إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل |
|----------------------------------|---|--------------------|---|
|                                  | Recent or current drugs/Medical Treatment<br>هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟   | لا                 |   |
|                                  | Corticosteroids/Immunosuppressant<br>هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟   | لا                 |   |
|                                  | Allergies<br>هل لديك أي حساسية؟   | لا                 |   |
|                                  | Surgical Operations, Serious Illness<br>هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟   | لا                 |   |
|                                  | Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease<br>جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | لا                 |   |
|                                  | High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants<br>هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟  | لا                 |   |
|                                  | Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)   | لا                 |   |
|                                  | Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other<br>أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى   | لا                 |   |
|                                  | Renal, Urinary, Sexually transmitted disease<br>هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟  | لا                 |   |
|                                  | Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems<br>هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟   | لا                 |   |
|                                  | Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases<br>التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، Other liver diseases  | لا                 |   |
|                                  | Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other<br>قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟   | لا                 |   |
|                                  | Epilepsy, or any other neurological disease<br>هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟  | لا                 |   |
|                                  | Thyroid Diseases, Diabetes<br>هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟  | نعم                |   |
|                                  | Other conditions HIV, HSV, HIV...etc<br>هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ 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: ... / ... / .....

### 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 أو تأمين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أفهم 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 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 قدمته لدى فتحني الملف صحية و تفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا 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 2019 / 5 / 27

Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg : فصيلة الدم (Blood Type)  
Height (الطول): cm :  
Pulse (النبض): ppm : / : (ضغط الدم) Blood Pressure :  
Blood Sugar (سكر الدم) :

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تعاظي العقاقير) : Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج




Doctor's Signature and Stamp

.....



PATIENT NAME:

FILE NO#:

| DATE      | TREATMENT                                     | PAYMENT | BALANCE | SIGNATURE   |
|-----------|---|---------|---------|---|
| 27/5/2019 | 14 threads (12) 60gs<br>Botox (0.9)ml free    | 5000    | 4600    | <br>600 CASH<br>600 CASH<br>5050 |
| 30/5/2019 | fu<br>Pain left side<br>P. Zinnat<br>pandol C |         |         | <br>27/05/2019                   |
| 17/6/2019 | Milk Peel<br>(Demo)                           |         |         |                                |

د. وسام مروان الطباع  
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
الخصائي الجلدي  
Dermatology specialist  
MOH License No.: V826  
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع  
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
الخصائي الجلدي  
Dermatology specialist  
MOH License No.: V826  
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع  
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
الخصائي الجلدي  
Dermatology specialist  
MOH License No.: V826  
Orchid Medical Centre

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO'

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            | Somayeh Abbas, Beldezh | IDN:              | 784198695365050         | Mother Name:      |                              |
| Name (Ar)       | سعيه عباس بيلذر        | Card Number:      | 084888838               | Mother Name (Ar): |                              |
| Title:          |                        | Nationality:      | IRN                     | Family ID:        |                              |
| Title(Ar):      |                        | Nationality (Ar): | جمهورية إيران الإسلامية |                   |                              |
| Issue Date:     | 13/08/2017             | Sex:              | F                       | Sponsor Type:     | 02                           |
| Expiry Date:    | 09/08/2020             | Date of Birth:    | 07/06/1986              | Sponsor Name:     | عبدالله مطر سالم علي الكبيسي |
| Marital Status: | 02                     | Husband IDN:      |                         | Sponsor Number:   | 277508                       |
| Residency Type: | 03                     | Residency Number: | 301200530025925         | Residency Expiry: | 09/08/2020                   |
| ID Type:        | IL                     | Occupation:       | 99                      | Occupation Field: | 00                           |



Photo

Signature Image

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

5/27/2019



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 5,050.08

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003814)

Date: 27-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002200 - SUMAYA 0 - 971504611187

The sum of Dhs. **Five Thousand Fifty Dirhams and Eight Fils Only**By Cash **4,600.08** / By Credit Card **450.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date: 27-05-2019

Being **12 NOS + 0.9ML BOTOX FREE**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 : 1002200 - SUMAYA 0 - 971504611187

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