



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date 30/5/19

Date: 30/5/19..

File Number: 1002236...

Patient Name: Maha Taimour

اسم المريض: مريم تيمور

Date Of Birth : 02/3/88

Gender : M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality (الجنسية): U.A.E

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 0504515869

E-MAIL: .....

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

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details اذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	لا	
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 تعاطيت من أي أمراض؟	نعم	
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 تعاطيت 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 تعالين من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعالين من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions هل تعالين 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: ... / ... / .....

التاريخ: .... / ... / .....

### نموذج اقرار طبي

أوافق وأسمح 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.

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 الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للقوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو القزوم 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 قدمت لي قد بقي الملف صحيحاً و اتفهم 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 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):

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

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

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ايدخال للمستشفى

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

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....







precisely Kindly Answer the following questions

ما هو الوصف الخصب لنوع بشرتك ؟	<input type="checkbox"/> دائما الاحترق , قليلة الاسمرار <input type="checkbox"/> دائما الاحترق , عديدة الاسمرار <input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائما الاسمرار <input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائما الاسمرار
هل ظهرت لديك علامات ندوب أو جدره ؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
هل ظهر لديك حلا بسيط أو شور أو قرحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
هل تناولت عقار الكورتيزون / الستيرويدات خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهاليدوكينون في منطقة العلاج ؟	<input checked="" type="checkbox"/> نعم
هل قمت بتنق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت جلستة شمسيه ؟	.....
هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة ؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية ؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشربك حاليا؟	.....
هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا

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

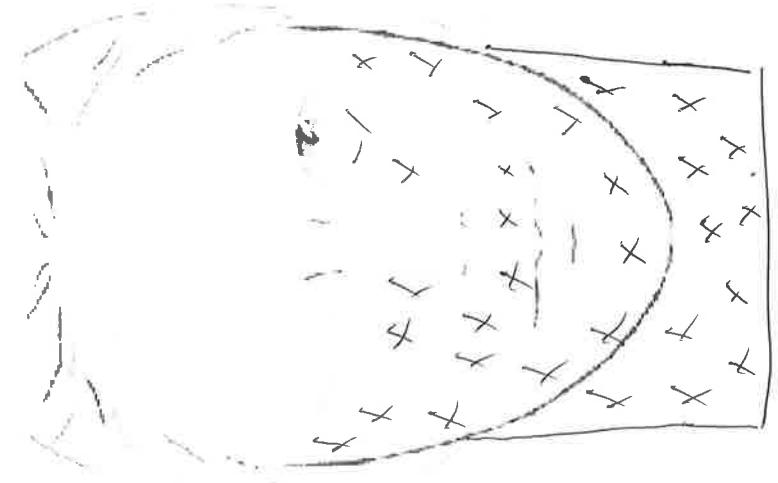
Date

أقر أنا .....  
مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.  
و أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلة الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. و أتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و اني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التفت و الكريمات و ازالة الشعر بالشمع و الكي و اني اخذت ازالة الشعر بالليزر.  
أقر بانني قد تلقيت التعليمات التالية:  
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 اسابيع قبل و بعد العلاج.  
- يجب تقادي ازالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 اسابيع على الأقل.  
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.  
- يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة  
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الكورتيزون خلال الست اشهر الماضية أو اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر.  
أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه 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 التشنجات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.  
أقر أنه قد أتيت لي الفرصة للاستمرار و توجيه الاسئلة الى المعالج المختص و اني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قرأته لي من قِبل مختبرات التامة عشر من عمري او حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ  
...../...../.....

Patient's Name: ..... **Maha Taimour** ..... إسم المريض  
 File Number: ..... **1002226** ..... رقم الملف  
 Pain Relief given? Yes / No ..... Evaluation and consent form completed? Yes / No  
Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	2015/19	02/10/19				
Treatment Area	1/2 face + neck	Same				
Hair Type	M1 Dact	Soft				
Mode	Alex	ALEX				
Fluence	8/12-5ms	7J/12-9ms				
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	1	1				
Starting Time	9:19	8 PM				
Finish Time	9:15-17	8:15 pm				
Post Treatment	Med					

Therapist Name and Signature ..... **Buny** .....

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**

<b>Name</b>	Mahra,Jafar,Taymour,Mirza,	<b>IDN:</b>	784198974813192	<b>Mother Name:</b>	Ruqeya Abdulla
<b>Name (Ar)</b>	محره جعفر تيمور ميرزا	<b>Card Number:</b>	092407622	<b>Mother Name (Ar):</b>	رقية عبدالله
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	ARE	<b>Family ID:</b>	301024041
<b>Title(Ar):</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	الإمارات العربية المتحدة		
<b>Issue Date:</b>	31/12/2018	<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	
<b>Expiry Date:</b>	31/12/2028	<b>Date of Birth:</b>	12/03/1989	<b>Sponsor Name:</b>	
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	
<b>Residency Type:</b>		<b>Residency Number:</b>		<b>Residency Expiry:</b>	
<b>ID Type:</b>	ID	<b>Occupation:</b>	02	<b>Occupation Field:</b>	00



Photo

Signature Image

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

5/30/2019





peesa  
esaad

ALI MUHSIN ALI  
DP25355



بطاقة خصوصية  
Privilege Card



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 236.25

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003863)

Date: 30-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002226 - MAHRA 0 - 971504269090

The sum of Dhs. Two Hundred Thirty-Six Dirhams and Twenty-Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 236.25 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 30-05-2019

Being half face + neck + vat 10 % discount esaad card

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 : 1002226 - MAHRA 0 - 971504269090

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

[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 236.25

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004519)

Date: 27-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002226 - MAHRA Taimour - 971563110505

The sum of Dhs. Two Hundred Thirty-Six Dirhams and Twenty-Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 236.25 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 27-07-2019

Being HALF FACE (HR) + NECK + vat 10% discount esaad card

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 : 1002226 - MAHRA Taimour - 971563110505

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

[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)