



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1002233

Date: 30 / 5 / 2019

Date: 30/05/2019
Patient Name: Rayhana cherif
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 10 / 10 / 1988 Gender: M / F
Nationality (الجنسية): Tunisia
Address (العنوان): Pauline Babay
E-MAIL: cherif.rayhana@gmail.com
File Number: 1002233
اسم المريض: ع. ر. ح.
Marital Status (الحالة الاجتماعية):
Phone No. (رقم الهاتف): 0523866000
How did you know about us: website

التاريخ الطبي Medical History	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	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 تعاني من أي أمراض؟	لا
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، 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 مميعةات للدم؟	لا
Anemia, Leukemia (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 انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	yes period problem
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 الغدة الدرقية؟	لا
Other conditions HIV, HSV... etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ 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: 30/04/2018

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أَسعج الطبيب 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 اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات 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 للعمليات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو اليرقان 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 لدي فحسي للسلف صحيحة و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإفصاح 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 بأكمل 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 (الوزن): Weight (kg):	Kg	(الطول): Height (cm):	cm	(نوعية الدم): Blood Type (دم):
(النبض): Pulse (ppm):	ppm	(ضغط الدم): Blood Pressure (دم):	/	(سكر الدم): Blood Sugar (دم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

عمليات سابقة , Hospitalization
عمليات سابقة , المداخل المستشفى

التدخين: Smoking (Y / N)

الكحول (التدخين): Alcohol (Y / N)

العقاقير (التدخين): Drugs (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

.....

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

Name	Rayhane,, Cherif	IDN:	784198881826089	Mother Name:	
Name (Ar)	ريحان ريت, الأسمد الشريف	Card Number:	091723242	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	TUN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	تونس		
Issue Date:	12/11/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	10/11/2021	Date of Birth:	12/10/1988	Sponsor Name:	ايهاب البناهي لخدمات مكتبة المعاملات
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120157296043	Residency Expiry:	10/11/2021
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

5/30/2019

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

هل أنت حامل أو تقومين بالإرضاع حالياً؟ نعم / لا	هل أنت حامل أو تقومين بالإرضاع حالياً؟ نعم / لا
هل لديك أي حساسية؟ نعم / لا	هل لديك أي حساسية؟ نعم / لا
هل تتلقين أي علاجات حالياً؟ نعم / لا	هل تتلقين أي علاجات حالياً؟ نعم / لا
إذا كانت الإجابة نعم انكري بالتفصيل.....	إذا كانت الإجابة نعم انكري بالتفصيل.....
هل قمت سابقاً بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا	هل قمت سابقاً بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا
إذا كانت الإجابة نعم انكري بالتفصيل.....	إذا كانت الإجابة نعم انكري بالتفصيل.....
هل قمت سابقاً بأي علاج باستخدام البوتوكس أو الفيلر؟ نعم / لا	هل قمت سابقاً بأي علاج باستخدام البوتوكس أو الفيلر؟ نعم / لا
إذا كانت الإجابة نعم انكري بالتفصيل.....	إذا كانت الإجابة نعم انكري بالتفصيل.....
ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟.....	ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟.....
هل عانيت من أي أعراض جانبية بعد العلاج؟.....	هل عانيت من أي أعراض جانبية بعد العلاج؟.....
هل عانيت من أي أمراض مناعية؟ نعم / لا	هل عانيت من أي أمراض مناعية؟ نعم / لا
هل تعاني من أي التهابات أو أمراض جلدية؟ نعم / لا	هل تعاني من أي التهابات أو أمراض جلدية؟ نعم / لا
هل تتناول أي ستيرويدات أو أسبرين أو مسيلات الدم؟ نعم / لا	هل تتناول أي ستيرويدات أو أسبرين أو مسيلات الدم؟ نعم / لا
هل تعاني من أي حساسية خصوصاً تجاه حمض الهيالورونيك أو التخدير الموضعي أو الليتوكين؟ نعم / لا	هل تعاني من أي حساسية خصوصاً تجاه حمض الهيالورونيك أو التخدير الموضعي أو الليتوكين؟ نعم / لا
هل تعاني من تضخم الغدة؟ نعم / لا	هل تعاني من تضخم الغدة؟ نعم / لا
هل تعاني من أي مشاكل أو أمراض قلبية؟ نعم / لا	هل تعاني من أي مشاكل أو أمراض قلبية؟ نعم / لا
إذا كانت الإجابة نعم انكري بالتفصيل.....	إذا كانت الإجابة نعم انكري بالتفصيل.....

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
أحمد التريظي

Date: ... / ... /

التاريخ: 20/05/2017

أقر أنني قد حضرت إلى مركز أوركييد الطبي للحصول على العلاج باستخدام حقن البوتوكس والفيلر.

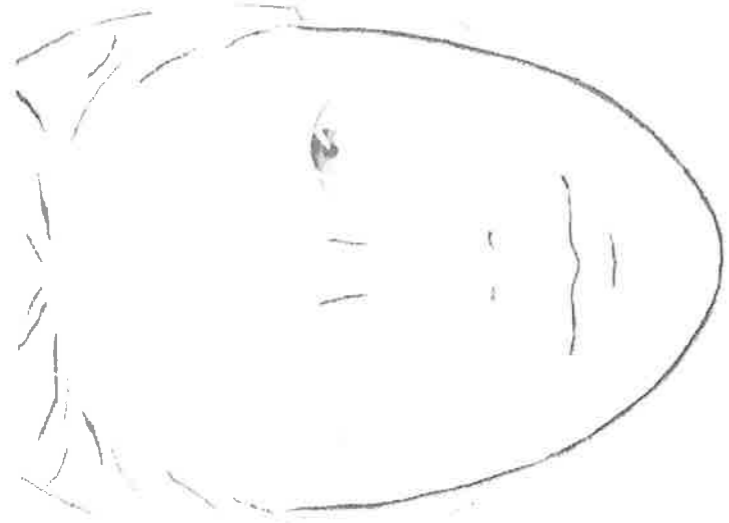
أتفهم أن هذا الإجراء هو إجراء اختياري واني قد وقعت هذا القرار بإرادتي الكاملة لإجراء الحقن بالفيلر/ البوتوكس لإعادة التماسرة للوجه وتحسين مظهر الشفاه وتغيير مظهرها أو إعادة تصاريس الوجه، أو إخفاء التجاعيد في منطقة الجبهة وحول العين.

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

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا لقرار والتقييم (أو تمت قرأته لي و أنا على علم بمحتواه) وأن جميع استئلتي واستفساراتي قد أجيبت بالكامل وبشكل مرضي.

أقر أنني على علم بكامل الاخطار والمضاعفات التي قد تنتج عن هذا العلاج واتفهم ان لا ضمانات قد قدمت لي لنتائج هذا الإجراء الطبي.

وأشهد أنني قد أعطيت المعلومات في هذا النموذج بشكل كامل وصحیح و اني اتحمل مسؤولية التبليغ في حال اي 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 أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003874)

Date:31-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002233 - RAYHANE CHERIF - 971567701147

The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Sixty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **1,260.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 31-05-2019

Being **LIPS FILLER OFFER + Facial + 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 : 1002233 - RAYHANE CHERIF - 971567701147

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

www.omc1.ae