



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1.00.2236

Date: 30/5/2019

File Number: 1.00.2236

Date: 31/5/2019

اسم المريض:

Patient Name: Hiral Tarek

Date Of Birth: 20/4/1990

Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality: Egyptian

Occupation: Manager Dubai Hotel

Address: Shalabeh

Phone No: 0551943756

E-MAIL:

How did you know about us:

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



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: 31/5/2019

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 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 الإجراءات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تامين لتتبع 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 للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزف أو الالام أو الحساسية.
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فتحتي للملف 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 الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل إرادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم بون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دمية الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دمية الضغط):	/	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 (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
30/9/2019	<p>  BioScience GmbH 19073 Dummer, Germany LOT F1-4818/1 2021-11  GeneFill SORT TOUCH  </p> <p> Lips filled (PT did lips filler from 1 month there are 3 nodules) Plan: cheeks filler 2 syringe PRP (3 sessions) Meso (3 sessions) </p> <p>  Dr. Wesam Mansour MOH License No. 1826 Orchid Medical Center </p>	<p>  </p> <p>850</p>		
1/2/2020	<p>  BioScience GmbH 19073 Dummer, Germany LOT F-0219/1 2022-01  </p> <p> Teosyal PureSense Ultimate LOT TSTL-184813B 2020-11 1ml Medecin </p> <p>  Dr. Wesam Mansour MOH License No. 1826 Orchid Medical Center Dermatology specialist </p>	<p>  </p> <p>850</p> <p> 1000 next app: 10/2 : fu </p>		

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	Miral,Tarek,Taha,,Ahmed	IDN:	784199083859183	Mother Name:	
Name (Ar)	ميرال طارق تها أحمد	Card Number:	092120142	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	10/12/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	08/12/2020	Date of Birth:	20/04/1990	Sponsor Name:	اتش ايه اتش المطور ش ذ م م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120182606589	Residency Expiry:	08/12/2020
ID Type:	IL	Occupation:	96	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

5/31/2019

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

Are you pregnant or breast feeding? Yes / No هل أنت حامل أو ترضع بالثدي؟ نعم / لا
Do you have a history of allergy or anaphylaxis? Yes / No هل لديك اي حساسية؟ نعم / لا
Are you currently receiving any Medical Treatment? Yes / No هل تتلقى اي علاجات حاليا؟ نعم / لا
If Yes, provide more details..... إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....
Have you previously received any aesthetic treatment? Yes / No هل قمت سابقا بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا
If Yes, provide more details..... إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل.....
Have you ever done any treatment with botox or filler? Yes / No هل قمت سابقا بأي علاج باستخدام البوتكس او الفيلر؟ نعم / لا
If yes, provide more details..... ما هي المناطق التي تمت معالجتها و متى؟.....
What Areas are treated and when?..... هل عانيت من اي اعراض جانبية بعد العلاج؟.....
Did you suffer any side effects after treatment?..... هل عانيت من اي امراض مناعية؟ نعم / لا
Have you ever suffered from any auto immune disease? Yes / No هل تعاني من اي التهابات او امراض جلدية؟ نعم / لا
Do you have any skin infections or inflammations? Yes / No هل تناولت اي ستيرويدات او اسبرين او مبيعات للدم؟ نعم / لا
Do you take any aspirin, steroids or anticoagulant? Yes / No هل تعاني من اي حساسية خصوصا تجاه حمض الهالورنيك او التخدير الموضعي او الليدوكين؟ نعم / لا
Do you have any allergy, specially to Hyaluronic acid, Amide Local Anesthesia or Lidocaine? Yes / No هل تعاني من اي امراض قلبية؟ نعم / لا
Do you suffer of Hypertrophic Scarring? Yes / No هل تعاني من اي مشاكل او امراض قلبية؟ نعم / لا
Do you suffer any cardiac disorders? Yes / No هل تعاني من تضخم القلب؟ نعم / لا
If Yes, provide more details..... إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل.....

أقر أنني قد حضرت إلى مركز أوركيد الطبي للحصول على العلاج باستخدام حقن البوتكس والفيلر.

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.

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

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا لاقرار و التقييم (أو تمت قرأته لي و أنا على علم بخصتها) و ان جميع اسئلتني و استفساراتي قد أجيبت بالكامل و بشكل مرضٍ.

أقر أنني على علم بكامل الاخطار و المضاعفات التي قد تنتج عن هذا العلاج و اتفهم ان لا ضمانات قد قدمت لي لنتائج هذا الاجراء الطبي.

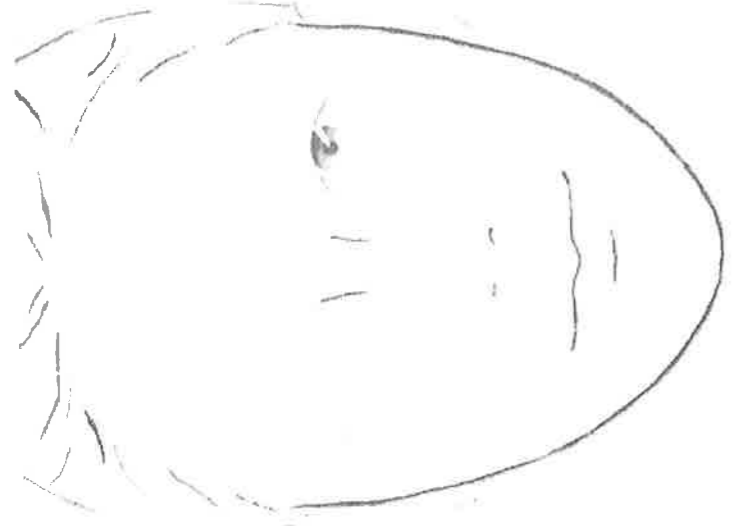
و أشهد أنني قد أعطيت المعلومات في هذا التوضيح بشكل كامل و صحيح و اني اتحمل مسؤولية التبليغ في حال اي طارئ او تغيير في هذه المعلومات.

إسم المريض و التوقيع

Hirat Taek

Date: ... / ... /

30/5/2019 التاريخ



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 892.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003873)

Date: 31-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002236 - MIRAL TAREK - 971551943756

The sum of Dhs. Eight Hundred Ninety-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 892.50 / 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 + 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 : 1002236 - MIRAL TAREK - 971551943756

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

التاريخ: 2019 / 5 / 30

الموضوع: لا مانع من التصوير و النشر

أنا الموقع أدناه صالح الماروق هـ لا مانع لدي من تصوير و نشر صور او فيديو لي تم تصويره داخل مركز أوركيد الطبي على حسابات مركز أوركيد الطبي على وسائل التواصل الإجتماعية و الانترنت ولهم كامل الموافقة في النشر.

الاسم: صالح الماروق هـ

التوقيع: Hisham



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,942.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007391)

Date:01-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002236 - MIRAL TAREK - 971551943756**

The sum of Dhs. **One Thousand Nine Hundred Forty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **1,942.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Date: **01-02-2020**

Being **LIP FILLER + CHEEKS FILLER + VAT**

Made by **Super Administrator**

- 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 : **1002236 - MIRAL TAREK - 971551943756**

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

ورقة موافقة على العلاج بالفيلر

التاريخ: 12/2020
انا السيد/السيدة _____ أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الفيلر وكل التفاصيل المتعلقة

به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه.
لقد تم إبلاغي باحتمال ظهور بعض الأعراض الجانبية المصاحبة لحقن مادة الفيلر، والتي من المحتمل ظهورها بعد الجلسة مباشرة أو مؤخرا والتي قد تحتوي على:

التهابات (احمرار، وذمة، إلخ) وأيضا قد تصاحب شعور بالحك، ألم عند الضغط وذلك يكون بعد الحقن مباشرة. هذه الأعراض قد تستمر لمدة أسبوع.
ورم دموي - تيبس في المنطقة المحقونة - حدوث انتفاخ او تورم او التهاب او حساسية - حدوث تأثير بسيط أو عدم حدوثه

بشكل عام تكون هذه العلامات بدرجة معتدلة الى خفيفة وسوف تختفي من تلقاء نفسها بعد عدة أيام من جلسة الحقن.

الآثار النادرة الأخرى تتضمن:

لا يمكن التنبؤ بمدى استمرارية الفيلر في الجسم سواء أقصر أو أطول من المدة المتوقعة
عدم تناظر الوجه - تغير طويل الأمد في لون الجلد - خمج فيروسي أو خمج جرثومي

ندبة-تقرح - ورم حبيبيومي - صدمة تحسسية - العمى
لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 6 إلى 9 أشهر مع التوقعات.

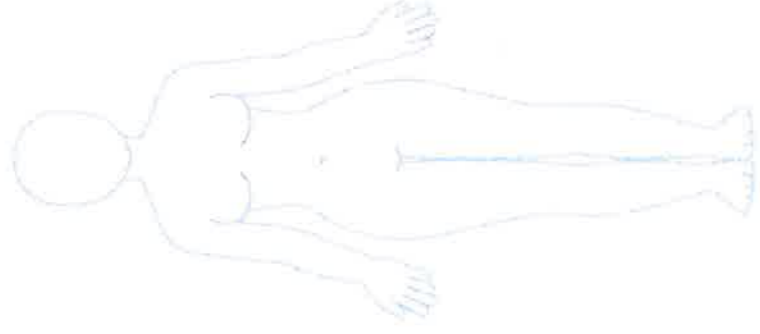
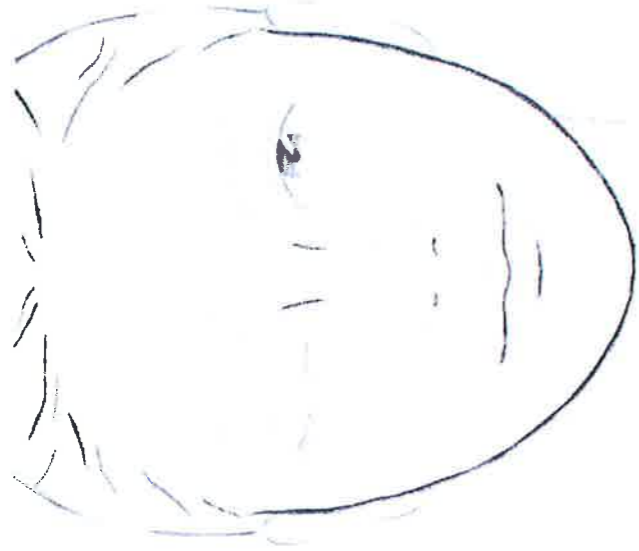
المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح.
إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء او تأجيل المواعيد. وأيضا اتفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبدل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور او الوصف المرفق

نعم لا

التوقيع: Hayat
التوقيع: Dr. WESA M

اسم المريض: عزالطريق
اسم المعالج: Dr. WESA M



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

.....