



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1002248

Date: 1/6/2019

Date: 1/6/2019

File Number: 1002248

Patient Name: Hind Al-Jandali

إسم المريض:

Date Of Birth: 2/8/1976 Gender: M / F

Marital Status: Married

Nationality: Syrian

Occupation: Pharmacist

Address: S. hajarah AL Bahaira

Phone No. (رقم الهاتف): 056-3373310

E-MAIL: AHF.111@gmail.com

How did you know about us: Friend

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 حديثاً؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
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 (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)
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 في الكلى أو الكلى في أمراض بولية أو تناسلية؟	/	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع 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؟ HIV, HSV, etc...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc...etc	/	



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 أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاج 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 و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فتحي للملف الصحية و أتفهم أن أي 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 دون السن القانونية):

التاريخ: 20... / 6... / 1...

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

عمليات سابقة: Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة: ادخال للمستشفى

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: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية بشكل دقيق

Kindly Answer the following Questions Precisely	هل أنت حامل أو توفين بالإرضاع حالياً؟ نعم / لا
Are you pregnant or breast feeding? Yes / No	هل لديك أي حساسية؟ نعم / لا
Do you have a history of allergy or anaphylaxis? Yes / No	هل تتلقى أي علاجات حالياً؟ نعم / لا
Are you currently receiving any Medical Treatment? Yes / No	إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....
If Yes, provide more details.....	هل قمت سابقاً بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا
Have you previously recieved any aesthetic treatment? Yes / No	إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....
If Yes, provide more details.....	هل قمت سابقاً بأي علاج باستخدام البوتكس أو الفيلر؟ نعم / لا
Have you ever done any treatment with botox or filler? Yes / No	إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....
If yes, provide more details.....	ما هي المناطق التي تمت معالجتها وحتى؟.....
What Areas are treated and when?.....	هل عانيت من أي أعراض جانبية بعد العلاج؟.....
Did you suffer any side effects after treatment?.....	هل عانيت من أي أمراض مناعية؟ نعم / لا
Have you ever suffered from any auto immune disease? Yes / No	هل تعاني من أي التهابات أو أمراض جلدية؟ نعم / لا
Do you have any skin infections or inflammations? Yes / No	هل تناولت أي ستيرويدات أو أسبرين أو مميعات للدم؟ نعم / لا
Do you take any aspirin, steroids or anticoagulant? Yes / No	هل تعاني من أي حساسية خصوصاً تجاه حمض الهيالورنيك أو التخدير الموضعي أو الليدوكاين؟ نعم / لا
Do you have any allergy, specially to Hyaluronic acid, Amide Local Anesthesia or Lidocaine? Yes / No	هل تعاني من تضخم الثدي؟ نعم / لا
Do you suffer of Hypertrophic Scarring? Yes / No	هل تعاني من أي مشاكل أو أمراض قلبية؟ نعم / لا
Do you suffer any cardiac disorders? Yes / No	إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....
If Yes, provide more details.....	

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

إسم المريض و التوقيع
هنا الطبيب

Date: ... / ... /

التاريخ: ١٦ / ٦ / ٢٠١٩

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

أتفهم أن هذا الإجراء هو إجراء اختياري و اني قد وقعت هذا الأقرار 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 اني سوف أوجه جميع الأسئلة و الاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل و بعد المعالجة.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الأقرار و التقييم أو تمت قرأته لي و أنا على علم بمتوهمه و ان جميع اسئلتني و استفساراتي قد أجيبت بالكامل بشكل مرضي.

أقر أنني على علم بكامل الأخطار و المضاعفات التي قد تنتج عن هذا العلاج و اتفهم ان لا ضمانات قد قدمت لي لتتاج هذا الإجراء الطبي.

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

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	Hind,Abdullah,الاندالي	IDN:	784197698081052	Mother Name:	
Name (Ar)	هند عبد الله الاندالي	Card Number:	089752764	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	28/06/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	26/06/2021	Date of Birth:	02/08/1976	Sponsor Name:	احمد مختار يوسف عاشور
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	02919959
Residency Type:	03	Residency Number:	20120153091735	Residency Expiry:	26/06/2021
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

6/1/2019



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003889)

Date:01-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002248 - HIND ALJANDALI - 971563373310

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: 01-06-2019

Being **BOTOX (0.55) + 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 : 1002248 - HIND ALJANDALI - 971563373310

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