



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 19/6/19

Date: ... / ... / File Number: 1002352

Patient Name: Mahesh Abdelal

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ٢٤ / ١١ / ١٩٨٠ Gender (الجنس): M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): Egyptian Occupation (الوظيفة): Doctor

Address (العنوان): Mahesh Abdelal

E-MAIL: Maheshnawi@gmail.com

Phone No. (رقم الهاتف): 0521444405

How did you know about us:

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	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 مميعات 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 بولية أو تناسلية؟	لا
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين 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 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 هل تعاني من أي أمراض أخرى؟	لا
HSV, HIV...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 يكشف الطبيب خلال العلاج أمور مختلفة عن ما نكر 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 العلاج و الإجراءات الطبية او التجريبية المقدمة لي، كما اتفهم 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 الى 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 لي فتحي الملف الصحية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية:

Medications الأدوية:

Pregnancy الحمل:

Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة ، احوال المستشفى:

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

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
19/6/2019	under eye filler Dark hollow around eyes Plan: PRP (3 sessions) meso (5 sessions) facial	1200		
22/6/2019	Lips filler PRP Race		800	
24/6/2019	Texas Filler (4) NLF Filler (1.2) Marionette filler (0.8)			
26/6/2019	fu massage + retrorach under eyes meso @ Dem. left side			

Teosyal PureSense
Redensity II
Lot TSRL-184023A
2020-10
1ml

Patient

د. وسام مروان الطيب
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
اخصائي جلدية
Dermatology specialist
MOH License No.: V826
Orchid Medical Centre

BiScience GmbH
19073 Dummer, Germany

F-0219/1
2022-01

د. وسام مروان الطيب
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
اخصائي جلدية
Dermatology specialist
MOH License No.: V826
Orchid Medical Centre

Teosyal Puresense Ultimate
Lot TSTL-183913A
2020-09
1ml

Teosyal Puresense Ultimate
Lot TSTL-183913A
2020-09
1ml

Teosyal Puresense Ultimate
Lot TSTL-183913A
2020-09
1ml

Teosyal Puresense Ultimate
Lot TSTL-183913A
2020-09
1ml

Medecin Patient Medecin Patient Medecin Patient

د. وسام مروان الطيب
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
اخصائي جلدية
Dermatology specialist
MOH License No.: V826
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطيب
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
اخصائي جلدية
Dermatology specialist
MOH License No.: V826
Orchid Medical Centre

REDAD DATA
cAEAlOEBA83ODQxO'

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Maha,Abdelalal,Farid,Moursi,Shenawi	IDN:	784197404853034	Mother Name:	
Name (Ar)	مها عبدالمال فرید مرسى شنوى	Card Number:	093697430	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	20/03/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	16/03/2021	Date of Birth:	21/11/1974	Sponsor Name:	(إلياناميك فيلك التجارة العامة (قرن 2م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120192197061	Residency Expiry:	16/03/2021
ID Type:	IL	Occupation:	1229	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

مها عبدالمال فرید

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

6/19/2019

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 اي حساسية؟ نعم / لا	هل لديك اي حساسية؟ نعم / لا
هل تتلقى اي علاجات حالياً؟ نعم / لا	هل تتلقى اي علاجات حالياً؟ نعم / لا
إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....
هل قمت سابقا بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا	هل قمت سابقا بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا
إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....
هل قمت سابقا بأي علاج باستخدام البوتكس او الفيلز؟ نعم / لا	هل قمت سابقا بأي علاج باستخدام البوتكس او الفيلز؟ نعم / لا
إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....
ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟.....	ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟.....
هل عانيت من اي اعراض جانبية بعد العلاج؟.....	هل عانيت من اي اعراض جانبية بعد العلاج؟.....
هل عانيت من اي امراض مناعية؟ نعم / لا	هل عانيت من اي امراض مناعية؟ نعم / لا
هل تعاني من اي التهابات او امراض جلدية؟ نعم / لا	هل تعاني من اي التهابات او امراض جلدية؟ نعم / لا
هل تتناول اي ستيرويدات او اسبيرين او مميعات للدم؟ نعم / لا	هل تتناول اي ستيرويدات او اسبيرين او مميعات للدم؟ نعم / لا
هل تعاني من اي حساسية خصوصا تجاه حمض الهالورنيك او التخدير الموضعي او الليدوكاين؟ نعم / لا	هل تعاني من اي حساسية خصوصا تجاه حمض الهالورنيك او التخدير الموضعي او الليدوكاين؟ نعم / لا
هل تعاني من تضخم الثدي؟ نعم / لا	هل تعاني من تضخم الثدي؟ نعم / لا
هل تعاني من اي مشاكل او امراض قلبية؟ نعم / لا	هل تعاني من اي مشاكل او امراض قلبية؟ نعم / لا
إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر 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

.....
.....

Date: / /

التاريخ: / /

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

أفهم أن هذا الإجراء هو إجراء اختياري و اني قد وقعت هذا الاقرار طارئة الكاملة لإجراء الحقن بالفيلز / البوتكس لإعادة التضايرة للوجه و تحسين مظهر الشفاه و تغيير مظهرها أو إعادة تضاريس الوجه. أو اخفاء التجاعيد في منطقة الجبهة و حول العين.

أقر أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل و اني سوف أوجه جميع الاسئلة و الاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل و بعد المعالجة.

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

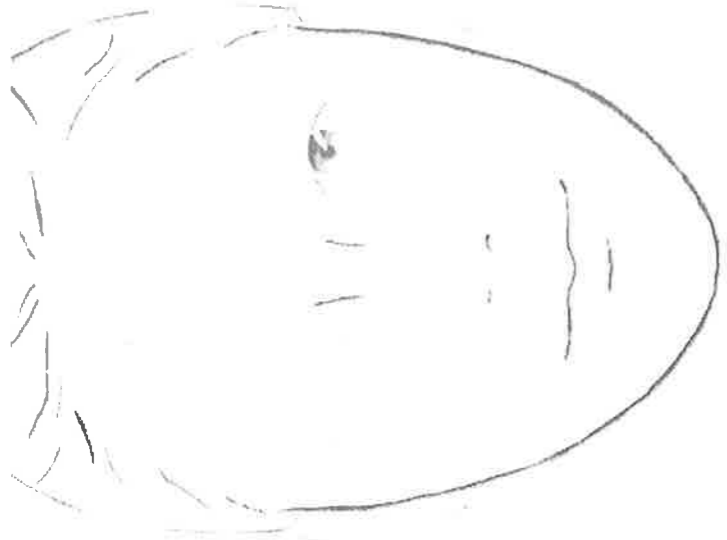
أقر أنني على علم بكامل الاخطار و المضاعفات التي قد تنتج عن هذا العلاج و اتهم ان لا ضمانات قد قدمت لي لنتائج هذا الاجراء الطبي.

وأشهد 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.

إسم المريض و التوقيع

.....
.....

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

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
11/12/2019	PRP Race	②		

د. وسام مروان الطيب
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 اختصاصي جراحة التجميل
 Dermatologist
 رقم ترخيص رقم: 826
 MOH License No: V826
 مركز أوركيك الطبي
 Orchid Medical Centre



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,365.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004112)

Date: 19-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002352 - MAHA 0 - 971521444405

The sum of Dhhs. One Thousand Three Hundred Sixty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,365.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 19-06-2019

Being UNDER EYE FILLER + EAR PIERCING + 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 : 1002352 - MAHA 0 - 971521444405

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



الإمارات الإسلامية
EMIRATES ISLAMIC

Personal Banking

38oJW5CeKu1ZaGzJfIPB

EI MINA ROAD

Date ٢٠١٦ / ١٢ / ١٥ التاريخ

Pay Against
This Cheque to
or Bearer

ادفعوا بموجب هذا الشيك إلى
أو لحامله

مركز أوركيه السكني

Dirhams الف وستة مائة وتسعة وتسعون ليرة درهم

AED 1679 # رقم الشيك

MAHA ABDELAAL FARID MOURSIS SHENAWI

A/C No. 3707636406201

AE05 0340 0037 0763 6406 201

مصرف الإمارات الإسلامية ب.ش.م.
Emirates Islamic Bank P.J.S.C.

Do Not Write Below This Line لا تكتب تحت هذا الخط

Signature التوقيع

٢٠١٦ ١٢ ١٥ ١٩:٥٠:٣٤ ٢٠٣٦٦٦:٠٠ ٧٦٣٦٤٠٦٦ 201



الإمارات الإسلامية
EMIRATES ISLAMIC
Personal Banking

rZm3cHpveTnvrMCqwZEK
EI MINA ROAD

Date ٢٠١٩ / ١١ / ١٥ التاريخ

Pay Against
This Cheque to
or Bearer

ادفعوا بموجب هذا الشيك إلى
أو حامله

درهم

مركز أوركيد دبي
الفاتحة وتسعة وتسعون ليرة

AED 1679#

MAHA ABDELAAL FARID MOURSI SHENAWI
A/C No. 3707636406201
AE05 0340 0037 0763 6406 201

مصرف الإمارات الإسلامية دبي فرع
Emirates Islamic Bank P.J.S.C.

التوقيع
مها عبدلاال فريد مورسي شينافي

Do Not Write Below This Line

٢٠١٩ ١١ ١٥ ٧٦٣٦٤٠٦٦ ٢٠٣٦٦٤٠٦٦ ٢٠٣٦٦٤٠٦٦ ٢٠٣٦٦٤٠٦٦



الإمارات الإسلامية
EMIRATES ISLAMIC
Personal Banking

KTA3Au8EcFGeHfLyNZJ8
EI MINA ROAD

Date ٢٠١٩ / ١١ / ١٥ التاريخ

Pay Against
This Cheque to
or Bearer

ادفعوا بموجب هذا الشيك إلى
أو حامله

درهم

مركز أوركيد دبي
الفاتحة وتسعة وتسعون ليرة

#1679/-

MAHA ABDELAAL FARID MOURSI SHENAWI
A/C No. 3707636406201
AE05 0340 0037 0763 6406 201

مصرف الإمارات الإسلامية دبي فرع
Emirates Islamic Bank P.J.S.C.

التوقيع
مها عبدلاال فريد مورسي شينافي

Do Not Write Below This Line

٢٠١٩ ١١ ١٥ ٧٦٣٦٤٠٦٦ ٢٠٣٦٦٤٠٦٦ ٢٠٣٦٦٤٠٦٦ ٢٠٣٦٦٤٠٦٦



4Eim9ZDVk7rk17h2cNdR
EI MINA ROAD

الإمارات الإسلامية
EMIRATES ISLAMIC
Personal Banking

Date: ١٩/١١/٢٠١٥ التاريخ

Pay Against
This Cheque to
or Bearer

ادفعوا بموجب هذا الشيك إلى
أو لحامله

مركز أوكيد الطبي

Dirhams الفوائد تسعة وستون وثمانون ليرة درهم

#1679/

MAHA ABDELAAL FARID MOURSIS SHENAWI
A/C No. 3707636406201
AE05 0340 0037 0763 6406 201

مصرف الإمارات الإسلامية بن دبي
Emirates Islamic Bank P.J.S.C.

Signature مصطفى بن زيد المومني

Do Not Write Below This Line لا تكتب تحت هذا الخط

٠٠٠٠ ١٥٠٦٠٣٦٤ ٢٠٣٦٦٤٠٦ ٢٠١



xWmx1YZ8HXWF7rOpbleq
EI MINA ROAD

الإمارات الإسلامية
EMIRATES ISLAMIC
Personal Banking

Date: ١٩/١١/٢٠١٥ التاريخ

Pay Against
This Cheque to
c ainer

مركز أوكيد الطبي

درهم

Dirhams ألف وستة وتسعون وثمانون درهم درهم

#1679

MAHA ABDELAAL FARID MOURSIS SHENAWI
A/C No. 3707636406201
AE05 0340 0037 0763 6406 201

مصرف الإمارات الإسلامية بن دبي
Emirates Islamic Bank P.J.S.C.

Signature مصطفى بن زيد المومني

Do Not Write Below This Line لا تكتب تحت هذا الخط

٠٠٠٠ ١٥٠٦٠٣٦٤ ٢٠٣٦٦٤٠٦ ٢٠١

ORCHID MEDICAL CENTER

MODE OF PAYMENT RECEIVED FOR LAB PROCEDURE

Mchs File no: 1002352

NO: TEETH	RATE / TEETH	TOTAL AMT OF TREATMENT:	ADVANCE COLLECTED	CASH	CARD	CHEQUE	BALANCE
	9900 495 <u>10395</u>	350 6500 500 800 1650 <u>9900</u>	Facial - Face filler 6x 1200 (Actual 1200) (top discount) 1x 350	1x 350. 1x 800 1x 500 3x 350	1ml lip filler 800 3 session PRP 1650 3 session Meso Face 500		
<p>Derma Treatment</p> <p>INSTALLMENT DETAILS</p>							
BANK NAME	DT: CHQ	CHQ #	INSTALLMENT AMT	CHQ REPLACEMENT DETAILS			
Emirates Islamic	15-8-19	000115	1679	collect of			
~	15-9-19	000116	1679	collect of			
~	15-10-19	000117	1679	collect of			
~	15-11-19	000118	1679	collect of			
~	15-12-19	000119	1679	collect of			
			TOTAL		8395		

22-6-19

[Signature]

NAME & SIGNATURE WITH DT:

CHQ COLLECTED FROM FRONT DESK:

Total with vat 10395 ✓
Paid 2000 Card ✓
Balance 8395 ✓
by 5 cheques ✓



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004143)

Date:22-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002352 - MAHA 0 - 971521444405

The sum of Dhs. Two Thousand Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 2,000.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 22-06-2019

Being PT PAID 3 SESSION PRP FACE PKG 1650 + 1 SESSION FACIAL350 + 1 SESSION MESO FACE 500 + 1 ML LIP FILLER OFFER 800 + 6 INJECTIONS FACE AND CHEEKS FILLER 1100*6 =6600 + VAT PT PAID 2000 AND 5 CHEQUES EACH CHEQUE AMOUNT 1679

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 : 1002352 - MAHA 0 - 971521444405

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

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

هل أنت حامل أو توفين بالإرضاع حالياً؟ نعم / لا	هل أنت حامل أو توفين بالإرضاع حالياً؟ نعم / لا
هل لديك أي حساسية؟ نعم / لا	هل لديك أي حساسية؟ نعم / لا
هل تتلقى أي علاجات حالياً؟ نعم / لا	هل تتلقى أي علاجات حالياً؟ نعم / لا
إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....	إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....
هل قمت سابقاً بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا	هل قمت سابقاً بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا
إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....	إذا كانت الإجابة نعم انكر 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 انكر بالتفصيل.....	إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....
ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟.....	ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟.....
هل تعاني من أي أعراض جانبية بعد العلاج؟.....	هل تعاني 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 تناولت أي ستيرويدات أو أسبرين أو مميعات الدم؟ نعم / لا	هل تناولت أي ستيرويدات أو أسبرين أو مميعات الدم؟ نعم / لا
هل تعاني من أي حساسية خصوصاً تجاه حمض الهyaluronic أو التخدير الموضعي أو Local Anesthesia or Lidocaine؟ نعم / لا	هل تعاني من أي حساسية خصوصاً تجاه حمض الهyaluronic أو التخدير الموضعي أو Local Anesthesia or Lidocaine؟ نعم / لا
هل تعاني من تضخم الثدي؟ نعم / لا	هل تعاني من تضخم الثدي؟ 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 انكر بالتفصيل.....	إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....

I hereby consent that I have come to orchid medical center for Treatment with Botox / Filler.
أقر أنني قد حضرت إلى مركز أوركيد الطبي للحصول على العلاج باستخدام حقن البوتوكس و الفيلر.

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 و الاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل و بعد المعالجة.
أفهم أن هذا الإجراء هو إجراء اختياري و أنني قد وقعت هذا الأقرار بإرادتي الكاملة لإجراء الحقن بالفيلر / البوتوكس لإعادة التنضار للوجه و تحسين مظهر الشفاه و تغيير مظهرها أو إعادة تصاريف الوجه. أو إخفاء التجاعيد في منطقة الجبهة و حول العين.

أفهم أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل و أنني سوف أوجه جميع الأسئلة و الاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل و بعد المعالجة.

أفهم أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل و أنني سوف أوجه جميع الأسئلة و الاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل و بعد المعالجة.

أفهم أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل و أنني سوف أوجه جميع الأسئلة و الاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل و بعد المعالجة.

اسم المريض و التوقيع

.....
.....

Date: ... / ... / التاريخ: ... / ... /

استمارة الموافقة على التلقيح

اسم العيادة: _____
عنوان العيادة: _____ المدينة: _____
اسم المريض: _____
تاريخ الميلاد:/...../..... إذا كان أقل من 24 شهر، هل قاموا بأخذ جرعات التطعيم [نعم] [لا]
عنوان المريض: _____

رقم الجوال: _____ البريد الإلكتروني: _____

رقم التلقيح

رمز المنتج

أصرح بموجبه بأن يتم عمل ثقب لي/لطفلي/لحفيدي ، ولقد قرأت وفهمت المعلومات التالية المهمة جداً المتعلقة بالحد من أو تقليل المشاكل بعد ثقب الجسم والرعاية أثناء وبعد ثقب الجسد. وبموجب توقيحي أدناه فأنتي أقر بما يلي:

- أنا/هو/هي ليس تحت رعاية طبيب/أطباء عن أي حالة طبية أو خلافها لمنع إجراء ثقب الجسد.
- أنا/هو/هي لا أعاني/تعاني من أي من أمراض السكري أو الصرع أو نقص المناعة المكتسبة/اللايز أو الهموفيليا أو الدوخة أو أي من أمراض القلب، كذلك لا أقع تحت تأثير وصفة دوائية أو دواء منتظم مثل أدوية سيولة الدم.
- أنا لمست تحت تأثير المخدرات أو الكحول ولمت حاملاً.
- تم إبلاخي عن عملية التلقيح وتم مخي نسخة من إرشادات الرعاية بعد التلقيح وقد قرأتها وفهمتها. أدرك أن إرشادات الرعاية بعد التلقيح تختلف استناداً على ما إذا كان التلقيح في فخذ الأذن أو عضروف الأذن أو الألف أو البطن أو السرة. لقد إطلعت على الاختلافات.
- أدرك احتمال حدوث عدوى بسبب سوء النظافة الصحية أو حساسية المعادن أو لأي أسباب أخرى.
- ولكن العدوى الأكثر شيوعاً ترجع إلى الفشل في اتباع إرشادات العناية الموصى بها بعد التلقيح.
- أفهم وأدرك أن ثقب الأذن في عضروف الأذن قد ينطوي على خطر أكبر في الإحمرار والتورم والعدوى بسبب طبيعة منطقة ثقب الأذن وأوافق على هذا الخطر بكامل إدراكي.
- أدرك أنه بسبب طبيعة التلقيح وتعرض المناطق التي تم تلقيحها حديثاً لبكتيريا محددة مثل السباحة والمشاركة في الفعاليات الرياضية فقد يزيد احتمال حدوث عدوى.
- التزم بالتقيد بإرشادات العناية الموصى بها بعد التلقيح.
- في حالة ثقب البطن/السرة أدرك أن بشرتي/جسمي قد يرفض المعدن الخارجي مما قد يتسبب في إغلاق الثقب.
- أبلغ من العمر أكثر من _____ سنة أو في حال الموافقة نيابة عن قاصر لم يبلغ سن التأهل أقر بأنني والد أو ولي الأمر القانوني لذلك القاصر وأدرك أن توقيع القاصر يعتبر من أعمال التزوير.

بموجب التوقيع على استمارة الموافقة على تلقيح الجسم، أقر بموجبه أنني أدرك إجراءات العناية بعد التلقيح وخطر العدوى، وبما أنني أدرك المخاطر فأنتي أوافق على أن يتم تلقيحي/تلقبي/ابنتي/ابني _____ إلى المدى المسموح به بموجب القانون، وأتحمل طواعية كافة المسؤولية عن أي إصابة أو فقدان من أي نوع قد ترتبط بإجراءات التلقيح. وإذا كنت أوقع بصفتي والد أو ولي أمر قانوني نيابة عن قاصر فسوف أتحمل المسؤولية وأقوم بتعويض العيادة وموظفيها والشركة المصنعة والموردين والموزعين والعروضيين وكذلك أدرك أن إبلاخي بأي إفادة كاذبة يشكل تزويراً.

توقيع المريض/الوالد/ولي الأمر القانوني (إذا كان المريض تحت السن القانونية، فيجب التوقيع ههنا بواسطة الوالد أو ولي الأمر القانوني):

التاريخ: _____

المهني الطبي: _____

التأنيخ: _____

نسخة العيادة

PPRP Treatment Consent Form: الغنية بالبلازما بالصفائح الدموية

Description of Treatment

This treatment involves the collection of your blood (approximately 11 - 22 ml), then your blood is spun down using a centrifuge to separate out the plasma and platelet portion using the separator gel as a special filter. The PRP portion of your blood is then used at the point of care to re-energize your cells into rejuvenating themselves. The product is 100% your own blood by-product (autologous), if you have any questions please do not hesitate to ask your physician or

UJli

nurse.

Side Effects

you will likely experience mild to moderate swelling of the treated area, this will last for about 12- 24 hours; ice or cold compresses can be applied to reduce swelling if required. You may notice a tingling sensation while the cells are being activated. In rare cases skin infection may occur, which is easily treated with an anti-biotic.

Contraindications

You should not have PRP treatment done if you have any of the following conditions: Skin conditions and diseases including: Facial cancer, existing or uncured. This includes SCC, BCC and melanoma, systemic cancer, chemotherapy, steroid therapy, dermatological diseases affecting the face (i.e. Porphyria), Blood disorders and platelet abnormalities, Anticoagulation therapy (i.e.: Warfarin) Platelet dysfunction syndrome, critical thrombocytopenia, hypofibrinogenaemia, haemodynamic instability, sepsis, chronic liver disease, Hepatitis or any acute or chronic infections. Aspirin, Anti-inflammatory such as Nurofen, Voltaren, Diclofenac, or Naproxen etc.? St Johns Wort, Garlic,

Are you currently taking, or have you recently taken (within 14 days) Vitamin E, or Fish Oil supplements that could have a thinning effect on your blood.

In case of presence of any previously mentioned contraindications please mention it here

Or Ask the doctor if you are not sure or you have any questions.

Patient's Name and Signature:



Date: ... / ... / ...

وصف العلاج

يتضمن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية أخذ عينة من دم المريض تساوي تقريباً (١١ - ٢٢) مل.
ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما و الصفائح باستخدام سائل فاصل التفتيح بشكل خاص.
ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية في منطقة العلاج لتحفيز الخلايا و إعادة

التفتيح لها.
هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض.
إذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات لا تتردد بسؤال الطبيب المختص أو أي من موظفي المركز.

الاعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الطفيف الى المتوسط في المنطقة المعالجة. وقد يستمر هذا التورم من (١٢-٢٤) ساعة. ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة المتورمة إذا تطلب الأمر. من الممكن ان تشعر ببعض الوخز الخفيف بينما يتم تشطيط الخلايا. نادرا ما يصاحب العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام المضادات الحيوية.

موانع العلاج

- لا يجب ان تلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية:
الامراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير المعالجة كسرطانات الخلايا الحشرية و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا الصغية و السرطان الجهازي و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الامراض الجلدية التي تسبب الوجه (مثل البروفيريا)، امراض الدم و الخلل في الصفائح الدموية. علاج نخثر الدم (مثال: الثرومبولين)
- متلازمة خلل الصفائح الدموية. القئص الحاد في عدد الصفائح الدموية، نقص في فيبرينوجين الدم. عدم استقرار تدفق الدم، حالات التعفن المموي، امراض الكبد المزمنة، التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة.
- تناول الاسبرين و مضادات الالتهاب كالتيفين و الفولارين و الستيرويدات و الباروكسيبريد أو مستحضرات الفهم. أو اذا كنت تتناول حاليا (خلال الاربعة عشر يوما الماضية) مكملات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي الى ترقق الدم. في حالة وجود احد موانع العلاج التي سبق تحريها يرجى كتابة ذلك هنا

و اذا لم تكن متأكدًا أو كانت لديك أي استفسارات اسأل الطبيب المختص،

اسم المريض / التوقيع



التاريخ: ... / ... / ...

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

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

.....

Date: ... / ... /

التاريخ: ... / ... / ٢٠١٩ | ٦ / ٢٤

إسم المريض و التوقيع

.....

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

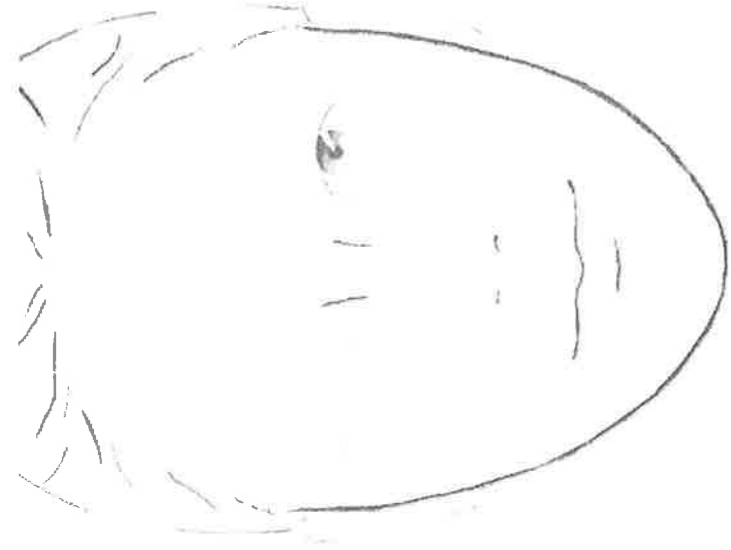
أتفهم أن هذا الإجراء هو إجراء اختياري و اني قد وقعت هذا القرار بإرادتي الكاملة لإجراء الحقن بالفيلر / البوتكس لإعادة التضارة للوجه و تحسين مظهر الشفاه و تغيير مظهرها او اعادة تضاريس الوجه. أو اخفاء التجاعيد في منطقة الجبهة و حول العين.

أقر أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل و اني سوف أوجه جميع الأسئلة و الاستفسارات الى الطبيب المعالج قبل و بعد المعالجة.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا القرار و التقييم (أو تمت قراءته لي و أنا على علم بحتواه) و ان جميع استسااتي و استفساراتي قد أجيبت بالكامل و بشكل مرضٍ،

لا ضمانات قد قدمت لي لنتائج 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 او 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 أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,679.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004774)

Date:17-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002352 - MAHA 0 - 971521444405

The sum of Dhs. One Thousand Six Hundred Seventy-Nine Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 1,679.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. 000115

Date: 17-08-2019

Being CHEQUE NUMBER 000115 DATE 15/8/2019 EMIRATES ISLAMIC BANK

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 : 1002352 - MAHA 0 - 971521444405

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