



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 22/6/19

File Number: 1002377

Date: ... / ... /
Patient Name: **FADY ADEL H.ELNY** اسم المريض:
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): **27/4/1988** Gender (الجنس): M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية): **Single**
Nationality (الجنسية): **Egyptian** Occupation (الوظيفة): **no job**
Address (العنوان): **El BASHA** Phone No. (رقم الهاتف):
E-MAIL: **Fadyadelny@Gmail.com** How did you know about us:

| التاريخ الطبي | |
|---|--------------------|
| Medical Condition | الحالة الطبية |
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حذيفة؟ | Yes/No نعم / لا |
| 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)، لوكيميا (نقر 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 بولية أو تناسلية؟ | NO |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعطين 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 السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ | NO |
| Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الأبلز، فيروس الحلا البسيط etc | NO |

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 الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأشمل 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 العلاجات و الإجراءات الطبية أو الجميلية 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 ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزف 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 فتحي الملف صحيحة، و أتفهم 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):

التاريخ: ... / ... /

نايف كحلان

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

| | | | | | |
|-----------------|-----|----------------------------|----|-------------------------|--|
| Weight (الوزن): | Kg | Height (الطول): | cm | Blood Type (فصية الدم): | |
| Pulse (النبض): | ppm | Blood Pressure (ضغط الدم): | / | Blood Sugar (سكر الدم): | |

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

عمليات سابقة، Hospitalization
عمليات المستشفى: Previous Surgeries

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاقي): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography


التشخيص Diagnosis

PATIENT NAME:

FILE NO#:

| DATE | TREATMENT | PAYMENT | BALANCE | SIGNATURE |
|-----------|---|---------|---------|-----------|
| 22/6/2019 | dysport (0.35) Plan: Mesotherapy PRP P. Zene | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

د. وسام ميون الطيب
Dr. Mesam Marwan Al Tabbaa
الخصائي الجلدية
Dermatology specialist
مركز اوركيدي الطبي
Orchid Medical Centre

| | |
|--|--|
|  | ادارة مرور القاهرة وحدة مرور مدينة نصر |
| | رخصة قيادة خاصة 28304270102471 |
| | نادي عادل حطبي كامل |
| | Fady Adel Helmy Kamel |
| | ٣٦ سن إبراهيم الرقاصي م نصر |
| | ٢٠١٥/٠٩/٠٥ تاريخ الصير Egyptian |
| | ٢٠٢٥/٠٩/٠٤ تالية الترخيص بوزارة النقل التجاري الدولي |
| |  |
|  B | |

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 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 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 أسبيرين أو مسيلات للدم؟ نعم / لا | هل تتناول أي ستيرويدات أو أسبيرين أو مسيلات للدم؟ نعم / لا |
| هل تعاني من أي حساسية خصوصاً تجاه حمض الهالورنيك أو التخدير الموضعي أو الليدوكين؟ نعم / لا | هل تعاني من أي حساسية خصوصاً تجاه حمض الهالورنيك أو التخدير الموضعي أو الليدوكين؟ 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.

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
فادي عادن حيلي
22/6/2019

Date: ... / ... /

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

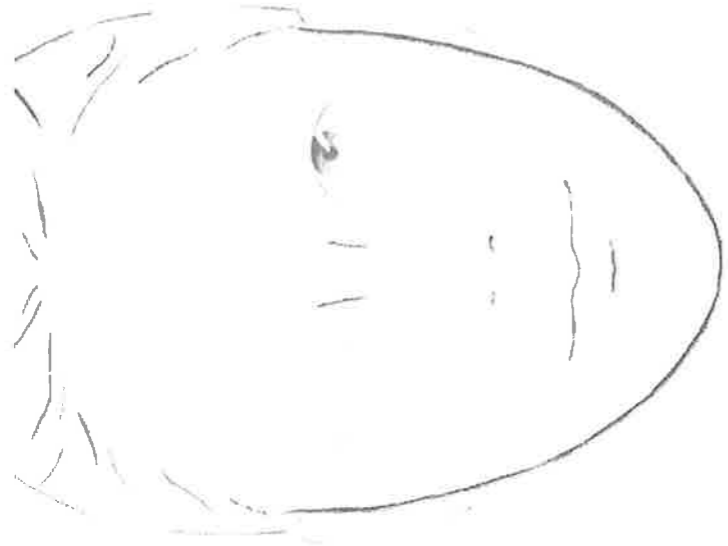
أفهم أن هذا الإجراء هو إجراء اختياري و أنني قد وقعت هذا الاقرار بإرادتي الكاملة لإجراء الحقن بالفيلر/البوتوكس لإعادة النضارة للوجه وتحسين مظهر الشفاة و تغيير مظهرها أو إعادة تضاريس الوجه. أو إخفاء التجاعيد في منطقة الجبهة و حول العين.

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

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الاقرار و التقييم (أني تمت قراءته لي و أنا على علم بمحتواه) و أن جميع اسئلتي و استفساراتي قد أجيبها بالكامل و بشكل مرضي،

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 النموذج بشكل كامل و صحيح و أنني اتحمل مسؤولية التبليغ في حال أي 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 أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004141)

Date:22-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002377 - FADI ADEL - 971508280914

The sum of Dhs. **Eight Hundred Forty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **840.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 22-06-2019

Being **BOTOX + VAT**

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 : 1002377 - FADI ADEL - 971508280914

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