



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 30/6/19

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

File Number: 100.2438

Patient Name: Muna Abdulla salem

اسم المريض: .....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 16/11/1993

Marital Status:(الحالة الاجتماعية): (F)

Nationality (الجنسية): UAE

Occupation (الوظيفة): .....

Address (العنوان): Dubai

Phone No. (رقم الهاتف): 0555602286

E-MAIL: saeel373@hotmail.com

How did you know about us: .....

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم انكر 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 امراض؟	Yes	delivery
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	No	
<u>Anemia</u> , Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا	Yes	Anemia
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من اي امراض بولية او تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، اي امراض معوية اخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟	No	
<u>Thyroid Diseases</u> , Diabetes هل تعاني من مرض السكرى او امراض الغدة الدرقية؟	Yes	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	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 الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالمعالج 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 اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية او التحليلية 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 الى مضاعفات كالالتهاب أو القوم 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 قد فتحي للعلف صحيحة و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإفلاخ عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار 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: 2019 / 6 / 20

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): 68 Kg	Height (الطول): 160 cm	Blood Type (دم):
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (دم): /	Blood Sugar (دم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

الجراحات السابقة، عمليات المستشفى: Previous Surgeries, Hospitalization

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: .....

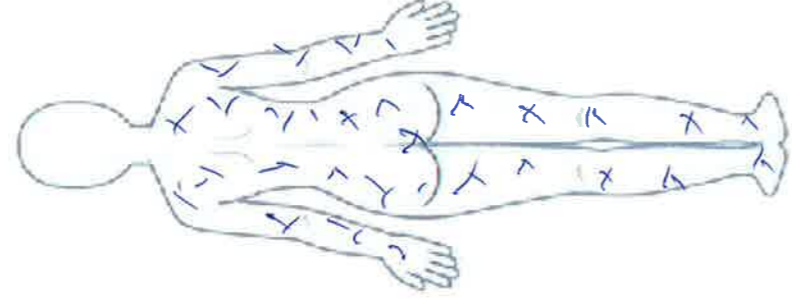
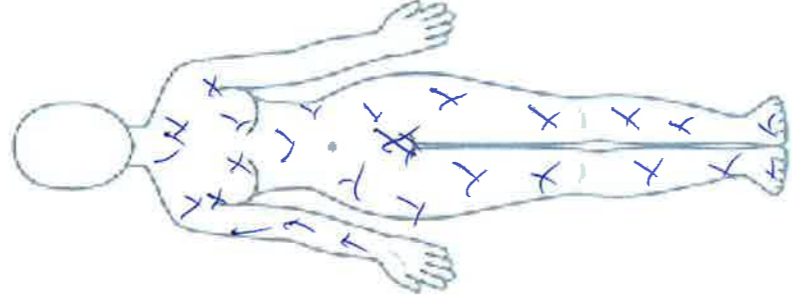
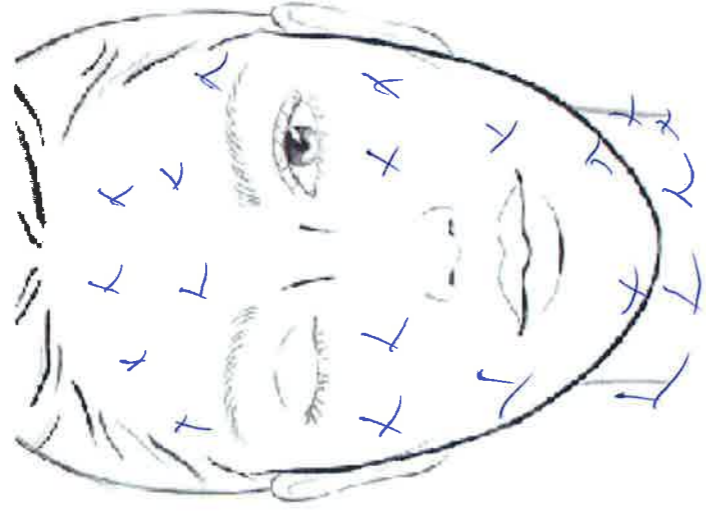
Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

Patient's Name: **MICHA ABDUKKATI** إسم المريض  
 File Number: ..... رقم الملف  
 Pain Relief given? Yes / No ..... Evaluation and consent form completed? Yes / No  
Pretreatment photography taken? Yes / No  
**1002488**



New step 1st dose 14/5/20.

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	10/7/20					
Treatment Area	Full Body					
Hair Type	Soft ID					
Mode	Alex ab.					
Fluence	8/9.5ms					
Pulse Type	Bibi 7/11ms					
CNT Pulse						
Passes	1 pass					
Starting Time						
Finish Time						
Post Treatment	front Benj TAG No 7 WAKUSHI					

Therapist Name and Signature .....







precisely Kindly Answer the following questions

ما هو الوصف الأنسب لنع بشرتك؟

Always Burned , little tanned  
 Always Burned, Never Tanned  
 Little Burned, Always Tanned  
 Rarely Burned, Always Tanned

هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدر؟ نعم / لا

هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا

هل تناولت عقار الكويتان/اليسوتريدينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا

هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهاليدوكريون في منطقة العلاج؟

هل قمت بنق أو كي أو إزالة الشعر بالشع في منطقة العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا

هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا

هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا

هل تم تشخيصك سابقا بأي إختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا

ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها شركت حاليا؟ ...  
 هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا  
 للسيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا  
 هل قمت سابقا بإجراء ميكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

I ..... hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Sharjah to remove unwanted hair by laser. I understand that laser produces a beam of light that generates an energy of a certain wavelength which is absorbed in the pigments of hair follicles to impair its' ability to grow hair. I understand that the results of the treatment varies from one person to another by the variation of medical history and the skin type, hair type , patients commitment to precautions before and after sessions and the variation of individual responses to treatment. and I consent that I know all the alternative hair removal methods and I choose removing my unwanted hair by laser.

I consent that I got the following precautions:  
 -It's not allowed to get tanned or use tanning solutions for 4-6 weeks before and after treatment.  
 - Waxing and Plucking must be avoided at least 6 weeks prior to sessions.  
 - Tattoos and permanent make up on treatment site will be affected by laser.  
 - Full Medical History must be given including previous treatments, allergies and skin type.  
 - people who took akutan during the last 6 months or any drugs that inhibits patients from sun exposure can not remove their hair by laser.  
 I understand that I might see some change from first session, nevertheless the treatment will take many sessions to get the result.

Side Effect  
 side effects may include burning like redness, and it's possible to see some swelling or cracks, these side effects will fade away few hours to few days after treatment. hypo/hyperpigmentation is not common and it rarely last. it's advisable to avoid sun exposure, and to use sun protections.  
 I consent that I had the chance to enquire and ask any questions I have to the therapist and I have read and understood the content of this form (or it was read to me) and I am more than 18 years old or I have the approval of my sponsor.

Name and Signature

Date  
 .../.../.....

أقر أنا سكينة عبيد الله صباه أنني أتقدم إلى مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.  
 أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إنهاء الشعر. وأتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة والشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وأني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتق و التفت و الكريمات و ازالة الشعر بالشمع و الكي و إني اخترت إزالة الشعر بالليزر.  
 أقر بانني قد تلقيت التعليمات التالية:  
 - لا يسمح بالتسمير او استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل و بعد العلاج.  
 - يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع او التفت قبل العلاج ب ٦ اسابيع على الأقل.  
 - الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.  
 - يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و المسامسة و نوع البشرة  
 - الأشخاص الذين تناولوا عقار الكويتان خلال الست أشهر الماضية او اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.  
 أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.  
 الأعراض الجانبية  
 قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق، و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج. نقص او زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي. و أني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الإسم و التوقيع  
سكينة عبيد الله صباه  
 التاريخ  
 2019.6.13



اسم المريض: **Meera**  
**Abdullah**

اسم المريض: .....

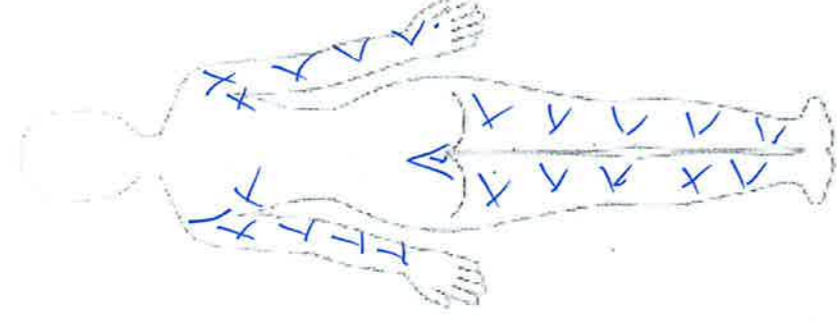
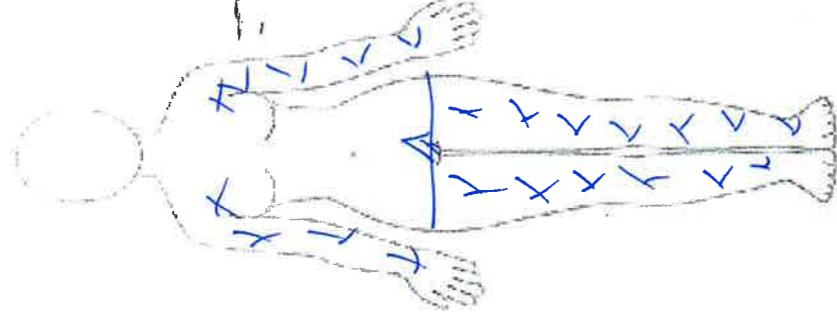
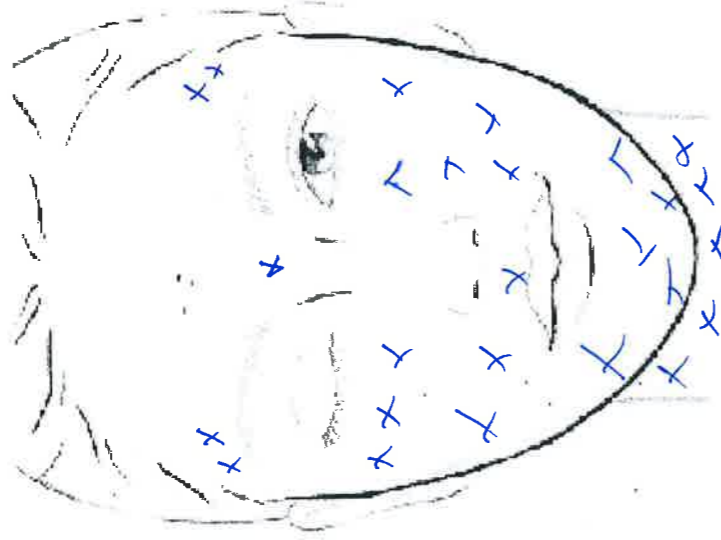
File Number: .....

رقم الملف: .....

Pain Relief given? Yes / No .....

1002438

Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	30/6/19	6/8/19	17/10/19	27/11/19	14/1/19	26/3/20
Treatment Area	Full body	Full body	Full body	Full body	Full body	Same
Hair Type	M/S DARK	M/S DARK	M/S DARK	M/S LD	Soft LD	Soft
Mode	ALEX	ALEX 20	ALEX 10	ALEX 20	ALEX 20	ALEX
Fluence	8/10ms	8/10-15	face 15/10	8/10ms	8/10ms	8/10ms
Pulse Type	Bikini	Bikini	Arilla	Bikini	Bikini/Arilla	Bikini
CNT Pulse	13/20	13/20	13/20	12/20ms	12/20ms	12/20ms
Passes	7pm	4pm	Bikini - 20/20	Arilla 10/18m	22/20ms	16J/15ms
Starting Time	7pm	4pm	body 5-20	5:15pm	11 AM	12:15 pm
Finish Time	8pm	5:35pm	8/10:5nr	6:30pm	12:15pm	1:15 pm
Post Treatment	Green	Mebo	Mebo	Mebo	None	None

Therapist Name and Signature .....



REDAD DATA

cAEaIOEBAA83ODQxO\*

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	Mima,Abdulla,Salem,Abdulla,Almakhamry	IDN:	784199304216866	Mother Name:	Ayshia
Name (Ar)	منى عبد الله سالم عبد الله المخمري	Card Number:	093262940	Mother Name (Ar):	عائشة
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	201023300
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	
Issue Date:	21/02/2019	Date of Birth:	16/11/1993	Sponsor Name:	
Expiry Date:	21/02/2029	Husband IDN:	784198820249187	Sponsor Number:	
Marital Status:	02	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	10	Occupation Field:	00
ID Type:	ID				



Photo

Signature Image

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

6/30/2019



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,819.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004260)

Date: 30-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002438 - MONA 00. - 971555602286

The sum of Dhs. **Four Thousand Eight Hundred Nineteen Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash 0.00 / By Credit Card 4,819.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 30-06-2019

Being **pt paid for 6 session full body deka 10% discount total amount 4590 + 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 : 1002438 - MONA 00. - 971555602286

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)

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	Muna,Abdulla,Salem,Abdulla,Almakhmary	IDN:	784199304216866	Mother Name:	Aysha
Name (Ar)	منى عبدالله سالم عبدالله	Card Number:	093262940	Mother Name (Ar):	عائشة
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	201023300
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	21/02/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	21/02/2029	Date of Birth:	16/11/1993	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:	784198820249187	Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

8/6/2019



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006408)

Date:07-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002438 - MONA 00. - 971555602286**

The sum of Dhs. **Two Hundred Sixty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **262.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **07-12-2019**

Being **NOSE PEEL + REJUVA FACIAL + 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 : **1002438 - MONA 00. - 971555602286**

---

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e – mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 840.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008835)

Date: 14-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002438 - MONA 00. - 971555602286

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 14-05-2020

Being full body plus + vat

Made by Rana

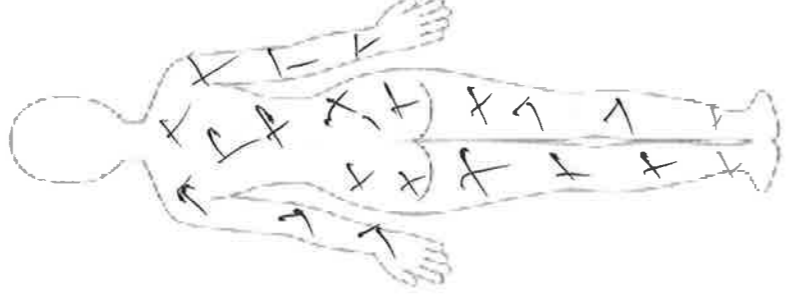
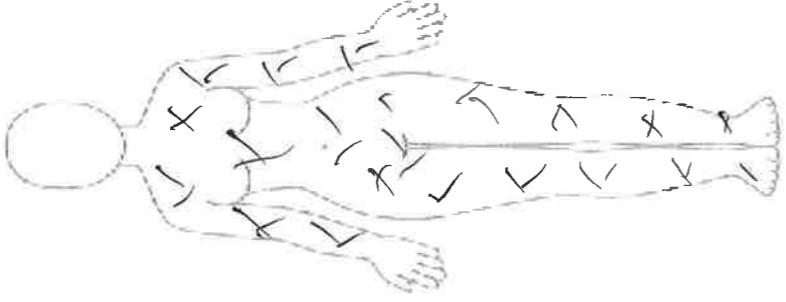
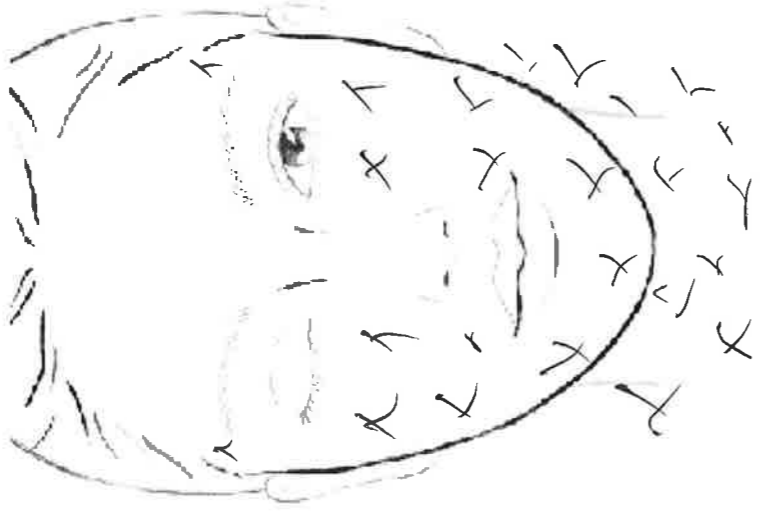
1. Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
2. Treatment includes lab cost is non-refundable.
3. After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1002438 - MONA 00. - 971555602286

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

Patient's Name: MUNIA ABDURKAAH  
File Number: .....  
Pain Relief given? Yes / No 1002438

اسم المريض: .....  
Evaluation and consent form completed? Yes / No  
Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	14/6/20					
Treatment Area	Full body					
Hair Type	Soft					
Mode	8/10ms					
Fluence	1 pass					
Pulse Type	18m					
CNT Pulse	2.3000					
Passes						
Starting Time						
Finish Time						
Post Treatment	Melbo cream					

Therapist Name and Signature: Mebo cream  
.....