



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: ١٥٠٢٤٤٣

Date: 01/07/2019

Date: 01/07/2019 Majid. Abdullah

File Number: ١٥٠٢٤٤٣

Patient Name: محمد عبد الله بن عبد العزيز

إسم المريض: محمد عبد الله بن عبد العزيز

Date Of Birth: / / Gender (الجنس): M / F

الحالة الاجتماعية: (رقم الهاتف): ٥٥٥٠٧٩٩٠٨٨٥٤٤

Nationality (الجنسية): Saudi Nationality

طبيب النسب (الوظيفة): طبيب النسب

Address (العنوان): الفيصلية

Phone No. (رقم الهاتف): ٥٥٥٠٧٩٩٠٨٨٥٤٤

E-MAIL: How did you know about us:

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؟	✓	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	✓	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	✓	
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)، لويميا (فقر الدم)	✓	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، المل، أمراض أخرى	✓	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو 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 HSV, HIV...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 أمورا 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 الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للحموصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو القوم أو النزيف أو الالام 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 تخفي للملف صحية و أتفهم 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 (فصيلة الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/ /	Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، اذخال المستشفى

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

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
29.6.19	Peeling T.C.A 35%	د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa أخصائي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre مركز أوركيذ الطبي		د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa أخصائي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre مركز أوركيذ الطبي
31.08.019	Peeling T.C.A. 35%	د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa أخصائي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre مركز أوركيذ الطبي		د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa أخصائي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre مركز أوركيذ الطبي
14/9/2019	yellow peel	د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa أخصائي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre مركز أوركيذ الطبي		د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa أخصائي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre مركز أوركيذ الطبي
23/11/2019	w = 55 orotane 20 x 30 10 x 30 creat app 125/12	د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa أخصائي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre مركز أوركيذ الطبي		د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa أخصائي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre مركز أوركيذ الطبي
25/12/2019	good result Blood test (chol + TG liver function) orotane 20 x 30 10 x 30 next app: 25/1/2020	د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa أخصائي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre مركز أوركيذ الطبي	Blood test Cons = 200	د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa أخصائي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre مركز أوركيذ الطبي



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004275)

Date:01-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002443 - MAJID ABDULLAH - 971507998864

The sum of Dhs. Five Hundred Twenty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 525.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 01-07-2019

Being CHEMICAL PEEL FULL BACK + 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 : 1002443 - MAJID ABDULLAH - 971507998864

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

ورقة الموافقة على التشخيص الكيميائي

التاريخ: _____

أنا أخول _____ لتطبيق _____ لنضارة بشرتي وعلاجها من
التصبغات وآثار الحبوب والتجاعيد.
أتفهم جيدا بأن هذا الاجراء اختياري بحت, وأن النتيجة قد تختلف من شخص لآخر والعلاجات المتعددة
قد تكون ضرورية.
أتفهم بأنه:

من المحتمل حدوث بعض المضاعفات التي قد تكون نادرة لكن محتملة.
ظهور بعض الاعراض الجانبية الشائعة كاحمرار مؤقت, حرق بسيط وقد يستمر لمدة 3 إلى 4 ساعات
أو لعدة أيام.
تصبغات متغيرة تشمل هايبربيجمنتيشن (تفتيح للبشرة) أو (غامقان بالبشرة) وقد تستمر لمدة 1 إلى
6 اشهر أو أكثر.

بعض الاعراض المحتملة الاخرى كشعور بالحك, ألم, حرق, التهاب, تقشير, تورم. من المحتمل ايضا
عدم الحصول على النتيجة المتوقعة أو المرغوب بها.

أتفهم بأنه عند تعرضي للشمس أو جهاز التشمس وعدم الالتزام بإرشادات العناية المطلوبة أتباعها قد
تزيد من فرصة حدوث مضاعفات.

إرشادات قبل وبعد العلاج و اجراءات العلاج تم شرحها لي بالكامل من القوائد المحتمل الحصول عليها
والمضاعفات. لقد تمت الاجابه على جميع تساؤلاتي وأنا وافق بشدة على تطبيق العلاج.

إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء
أو تأجيل المواعيد. وايضا أتفهم أن المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا وافق على التصوير الفوتوغرافي/ تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج, ولن يتم التعرف على هويتي
من الصور أو الوصف المرفق نعم لا

التوقيع



اسم المريض / الضامن & العلاقة

السيد عبداللهم حمد

التوقيع

اسم الدكتور / المعالج



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004927)

Date:31-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002443 - MAJID ABDULLAH - 971507998864

The sum of Dhs. Seven Hundred Thirty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 735.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 31-08-2019

Being CHEMICAL PEEL FOR FULL BACK & SHOULDER + 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 : 1002443 - MAJID ABDULLAH - 971507998864

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005088)

Date:14-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002443 - MAJID ABDULLAH - 971507998864

The sum of Dhs. **One Thousand Fifty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,050.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date: 14-09-2019

Being **YELLOW MASK FOR FULL BACK + 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 : 1002443 - MAJID ABDULLAH - 971507998864

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

www.omc1.ae

ورقة الموافقة على التشخيص الكيميائي

التاريخ: _____

أنا أخول محمد عبدالله تطيق على _____ لنضارة بشرتي وعلاجها من
التصبغات وآثار الحبوب والتجاعيد.
أتفهم جيدا بأن هذا الاجراء اختياري بحث, وأن النتيجة قد تختلف من شخص لأخر والعلاجات المتعددة
قد تكون ضرورية.

أتفهم بأنه:

من المحتمل حدوث بعض المضاعفات التي قد تكون نادرة لكن محتملة.
ظهور بعض الاعراض الجانبية الشائعة كاحمرار مؤقت, حرق بسيط وقد يستمر لمدة 3 إلى 4 ساعات
أو لعدة أيام.

تصبغات متغيرة تشمل هايبربيجمينشن (تفتيح للبشرة) أو (غامقان بالبشرة) وقد تستمر لمدة 1 إلى
6 اشهر أو أكثر.

بعض الاعراض المحتملة الاخرى كشعور بالحك, ألم, حرق, التهاب, تقشير, تورم. من المحتمل ايضا
عدم الحصول على النتيجة المتوقعة أو المرغوب بها.

أتفهم بأنه عند تعرضي للشمس أو جهاز التشمس وعدم الالتزام بإرشادات العناية المطلوبة اتباعها قد
تزيد من فرصة حدوث مضاعفات.

إرشادات قبل وبعد العلاج و اجراءات العلاج تم شرحها لي بالكامل من الفوائد المحتمل الحصول عليها
والمضاعفات . لقد تمت الاجابه على جميع تساؤلاتي وأنا أوافق بشدة على تطبيق العلاج.

إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء
أو تأجيل المواعيد. وايضا أفهم أن المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي/ تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج, ولن يتم التعرف على هويتي
من الصور أو الوصف المرفق نعم لا

التوقيع



اسم المريض / الضامن & العلاقة

محمد عبدالله حمد

التوقيع

اسم الدكتور / المعالج



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006109)

Date:23-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002443 - MAJID ABDULLAH - 971507998864**

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **210.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **23-11-2019**

Being **CONSULTATION + 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 : **1002443 - MAJID ABDULLAH - 971507998864**

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

Patient Details

Patient Name Majed Abdulla Mohamed Alraqas Alhmoudi

DOB 05-02-2001

Patient Id 784200176419313

Gender Male

Prescription Details

Facility ORCHID MEDICAL CENTRE(7243)
Prescription Issue Date 23-Nov-2019 19:37:40
Prescription Expiry Date 26-Nov-2019 19:37:40
Clinician Name Wesam Marwan Altabbaa(MOHD54409)
Prescription No 7317359
Status Active

Diagnosis Details

- Primary**
- Acne vulgaris L70.0

Prescribed Medication

- E08-3921-03186-02 Isotretinoin (Oratane® 10mg) 10mg Capsule 30's (15's Blister x 2)
Qty:30 Capsule, **Duration:**30 days, **Strength:**10 mg, **Refill:**0
Clinician Comment:AFTER FOOD
Dosage Advice: Take 1 Capsule Once a day

Patient Details

Patient Name Majed Abdulla Mohamed Alraqas Alhמודي
DOB 05-02-2001
Patient Id 784200176419313
Gender Male

Prescription Details

Facility ORCHID MEDICAL CENTRE(7243)
Prescription Issue Date 23-Nov-2019 19:37:40
Prescription Expiry Date 26-Nov-2019 19:37:40
Clinician Name Wesam Marwan Altabbaa(MOHD54409)
Prescription No 7317358
Status Active

Diagnosis Details

- Primary**
- Acne vulgaris L70.0

Prescribed Medication

- E08-3921-03188-02 Isotretinoin (Oratane® 20mg) 20mg Capsule 30's (15's Blister x 2)
Qty:30 Capsule, **Duration:**30 days, **Strength:**20 mg, **Refill:**0
Clinician Comment:AFTER FOOD
Dosage Advice: Take 1 Capsule Once a day



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006712)

Date:25-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002443 - MAJID ABDULLAH - 971507998864

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 210.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Date: 25-12-2019

Cheque No.

Being **CONSULTION + VAT**

Made by Reem

- 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 : 1002443 - MAJID ABDULLAH - 971507998864

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