



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 18/7/19

Date: 18/07/2019

File Number: 1002520

Patient Name: Bana Abdullahiy Otour

اسم المريض:

Date Of Birth: 01/06/96

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality: Syrian

Occupation: Pharmacist

Address: Alkhan, Sharjah

Phone No.: 0557136202

E-MAIL: bana.o.222@gmail.com

How did you know about us: Colleague

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	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؟	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 للدم؟	No
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	No
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، أمراض أخرى	Yes Asthmatic
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	No
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعالين 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 الأبتز، 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: ١٨ / ١٠ / ٢٠١٩

نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.

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 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 التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما 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 كالتهاب 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 قضي الملف الصحية و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار 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: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دمية الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دمية الضغط):	/	Blood Sugar (دمية السكر):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، اإخال 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

.....

precisely Kindly Answer the following questions

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟	<input type="checkbox"/> دائماً الاحترق ، قليلا الاسمرار <input checked="" type="checkbox"/> دائماً الاحترق ، عديم الاسمرار <input type="checkbox"/> قليلا الاحترق ، دائماً الاسمرار <input type="checkbox"/> نادراً الاحترق ، دائماً الاسمرار
هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جبردة؟ نعم / لا	لا
هل ظهر لديك حلاً بسيط أو بقع أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا	لا
هل تناولت عقار الأكيوتان/اليسوتريتينون خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا	لا
هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروريتونون في منطقة العلاج؟	لا
هل ظهرت لديك مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحجسة تسمير؟ نعم / لا	لا
هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا	لا
هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا	لا
هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا	لا
ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشركت حالياً؟	
هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا	لا
السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا	لا
هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا	لا

I, Bana Abdullatif Otaif 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
18/07/2019

أقر أنا
 مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

وأنتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يطلق طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر.

وأنتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتف والشمع والكريمات وإزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم والتاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات والمساحية ونوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست اشهر الماضية أو اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أنتفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية

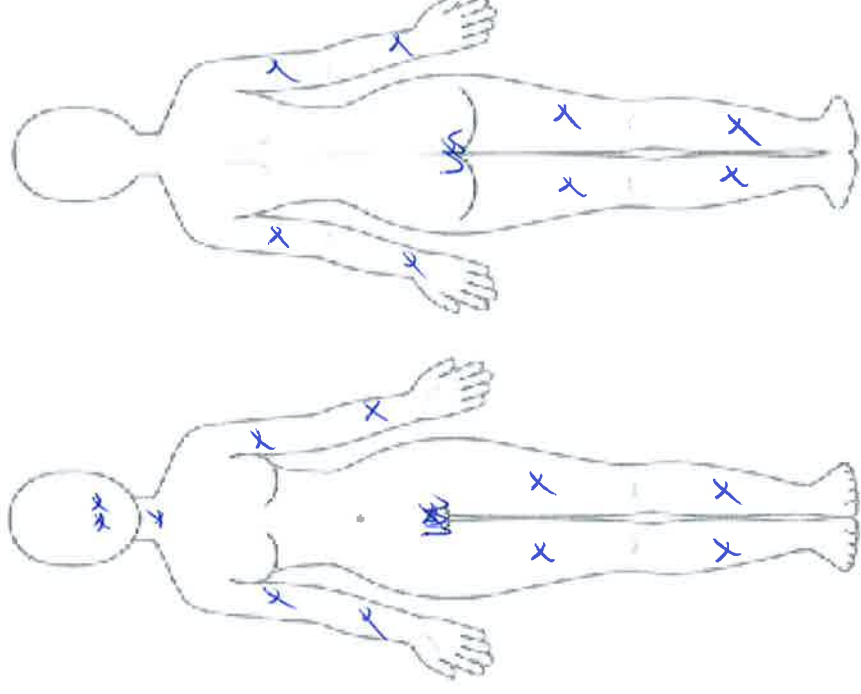
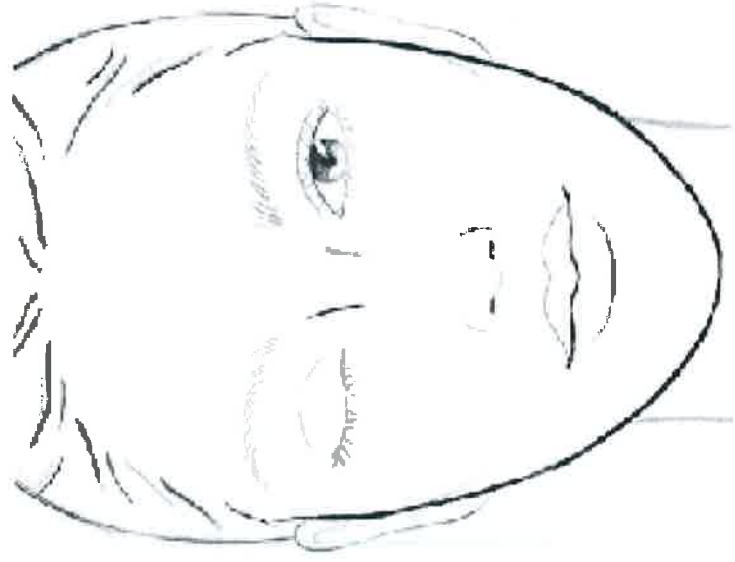
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. نفس أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدمر في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتيحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت التامة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ
..... / /

Patient's Name: Bana Abdel hacheef اسم المريض
 File Number: رقم الملف Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pain Relief given? Yes / No Pretreatment photography taken? Yes / No

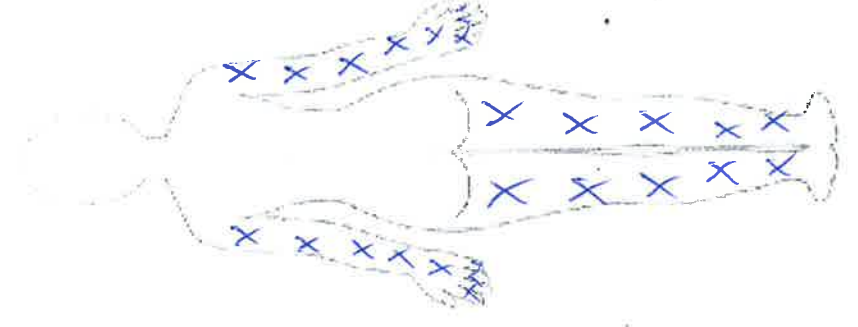
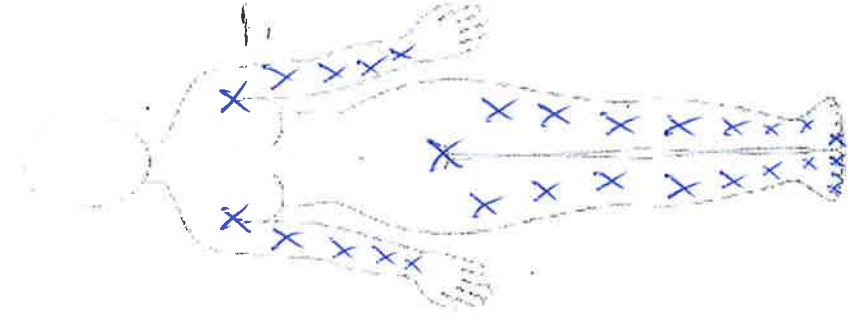
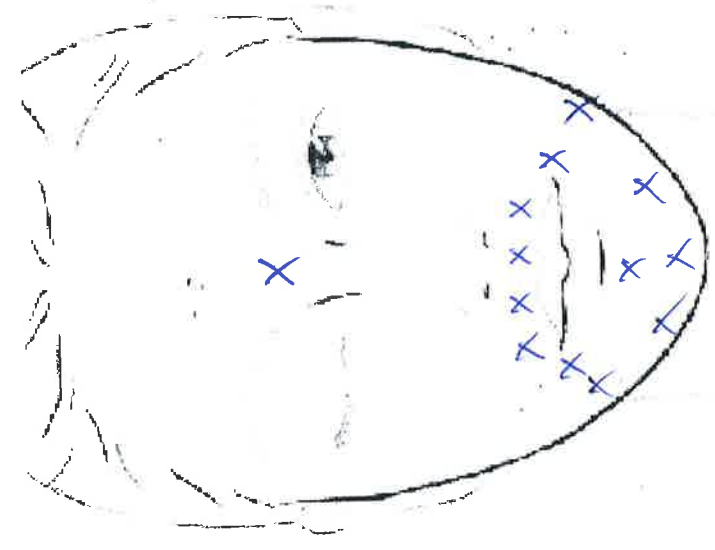


7th. 8th.

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	24/02/20	24/03/20	07-07-20			
Treatment Area	face body	Same	UHC FB			
Hair Type			Thick / medium			
Mode	Alex. 20	Soft/med.	Alex 20			
Fluence		Alex 7	8/10			
Pulse Type	8J/10-11		BIKINI - NOT DONE			
CNT Pulse		9J/10ms				
Passes	Bikini=8J/1ms	17ms				
Starting Time	Down-NP/AG		11:20			
Finish Time	16J/18ms		12:05			
Post Treatment	HIRUDOID	Bikini not done	Fucidin			
			visifly			

Therapist Name and Signature

Patient's Name: Bana Abdel Kader
 File Number: 1002522
 Pain Relief given? Yes / No
 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	22/07/19	21/08/19	21/09/19	29/10/19	25/12/19	25/01/20
Treatment Area	Full Body	Full body	Same	Same	Same	Same
Hair Type	Coarse	Medium	Same	Same	Same	Med/Soft
Mode	DPI/FDP	DPI/FDP	DPI/FDP	DPI/FDP	DPI/FDP	Alen
Fluence	22J/SHORT	22J/SHORT	24J/SHORT	22-24/short	24-26/SHORT	8J/11-12.5
Pulse Type	FJ/SHORT	FJ/SHORT	FJ/SHORT	FJ/short	FJ/SHORT	
CNT Pulse	2					
Passes						
Starting Time	7:20pm	2:30pm	2:30pm	4:30pm	5:45pm	3:30pm
Finish Time	8:45pm	4pm	4pm	6pm	7pm	4:30pm
Post Treatment	HIRUDOID				7pm	HIRUDOID

Therapist Name and Signature

18/07/2019

LASER PACKAGE TERMS AND CONDITIONS

- If patient will cancel appointment or not showing on her appointment session will be considered as used and she will lose it.

- If patient want to delay or cancel session should be informing us minimum before 48 hrs

- Payment will not be refundable or exchangeable if patient did any session or if passed 48 hrs from payment date.

I here by agrees to the above terms and conditions and sign below:

Patient Name: Bans Abdullahif Signature: 

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO'

Confirm Data

Public Data Readed Suc

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	Bana,Abdul Latif,,Otour	IDN:	784199691086278	Mother Name:	
Name (Ar)	بانه,عبداللطيف,,عطور	Card Number:	095072064	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	18/06/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	11/06/2021	Date of Birth:	01/06/1996	Sponsor Name:	عبداللطيف ابراهيم عطور
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	02481569
Residency Type:	03	Residency Number:	10120153017011	Residency Expiry:	11/06/2021
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

No signature / إمضاء / بدون إمضاء

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

7/18/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,000.00 No: REC-004425
RECEIPT VOUCHER Date: 18-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002520 - BANA ABDUL LATIF - 971557136202**

The sum of Dhs. **Two Thousand Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **2,000.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR 1 YEAR PKG FOR 12 SESSION 3900 + VAT PAID 2000 BALANCE 2095 TO BE PAID BY 1 CHEQUE**

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

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

DRCHID MEDICAL CENTER

MODE OF PAYMENT RECEIVED FOR LAB PROCEDURE

Banca file no: 1002520

NO: TEETH	RATE / TEETH	TOTAL AMT OF TREATMENT:	ADVANCE COLLECTED	CASH	CARD	CHEQUE	BALANCE
			2000				

ALANCE AMOUNT
INSTALLMENT DETAILS

full body pkg 3900 + Vat = 4095

95 Golam
will pay
next session

BANK NAME	DT: CHQ	CHQ #	INSTALLMENT AMT	CHQ REPLACEMENT DETAILS
ADCB	25-9-19	000087	2000	Chq received 24/11/19

TOTAL 2000

CHQ COLLECTED FROM FRONT DESK:
NAME & SIGNATURE WITH DT :

22-7-19



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,095.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004805)

Date:21-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002520 - BANA ABDUL LATIF - 971557136202

The sum of Dhs. Two Thousand Ninety-Five Dirhams and Zero Filis Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 95.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 2,000.00

Bank: Cheque No.

Date: 21-08-2019

Being PT PAID FOR FULL BODY PKG 1 YEAR 12 SESSION + VAT 2095 PAID AND 2000 BY CHEQUE NUMBER 000087 DATED ON 25-9-2019

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 : 1002520 - BANA ABDUL LATIF - 971557136202

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