



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 18/7/19

Date: ١٤٤١ / ٧ / ١٨

File Number: ١٥٥٢٥٢١

Patient Name: ..... اسم المريض: عبيد علي أبو تايه

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ١٤٠٧ / ٧ / ١٣ Gender (الجنس): M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): ..... الوظيفة: .....

Address (العنوان): ..... العنوان: ..... Phone No. (رقم الهاتف): ٥٥٥ / ٥٦١٣٩٦٥

E-MAIL: ..... How did you know about us: .....

التاريخ الطبي	Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
الحالة الطبية <td>Medical Condition</td> <td></td> <td></td>	Medical Condition		
هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Recent or current drugs/Medical Treatment	لا	
هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	Corticosteroids/Immunosuppressant	لا	
هل لديك أي حساسية؟	Allergies	لا	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	Surgical Operations, Serious illness	لا	
جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	لا	
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	لا	
انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Anemia, Leukemia	لا	
امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	لا	
هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	لا	
هل أنت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في النورة الشهرية؟	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	لا	
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	لا	
قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	لا	
هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	Epilepsy, or any other neurological disease	لا	
هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	Thyroid Diseases, Diabetes	لا	
هل تعاني من أي امراض أخرى؟ فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط etc	Other conditions 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 حائتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدني بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف 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 العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حائتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات 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 قدمت لي فحسي السلف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحائتي الصحية سيقبى سرية تماما و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر ان 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):

خمس

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

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ابحال المستشفى

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 ؟

How do you better describe your skin type

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

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

هل أظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم / لا

هل أنت قد تناولت عقار الكورتيزون / الستيروئيدون خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا

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

هل قمت بنشف او كي او إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا

هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بظلمة تسمير البشرة؟ نعم / لا

هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة ؟ نعم / لا

هل لديك اي وشم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا

هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات او مشاكل هرمونية ؟ نعم / لا

ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشريك حاليا... نضع... حبوبا

هل أجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا

السيارات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا

هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

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 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 ..... بقدمي الى مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.  
 أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر تعطل قدرتها على انماء الشعر. وأتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتمتع بالشمع والكي و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق والتف والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.  
 أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفتف قبل العلاج ب ٦ أسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات و الحساسيات و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الكورتيزون خلال الست اشهر الماضية أو اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه 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 ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

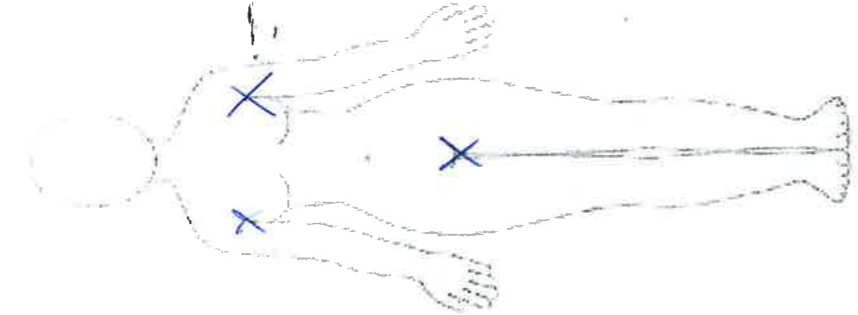
أقر أنه قد أتحت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قرأته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الإسم و التوقيع

التاريخ

... / ... / ...

Patient's Name: Abeer Ali ..... اسم المريض  
 File Number: 1002521 ..... رقم الملف  
 Pain Relief given? Yes / No 10 .....  
 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	4/08/19	04/09/19	06/10/19	03/11/19	18/12/19	28/01/20
Treatment Area	Bikini-front	Bikini	Same	Same	Same	UA+Bikini
Hair Type	Medicam	Soft	Soft	Soft	Soft/Thin	
Mode	ALEX	ALEX	Alex	Alex	Alex	Alex
Fluence	7J/12-13ms	8J/12.5ms	8J/10.5ms	9J/9.5ms	9J/9ms	9J/10ms
Pulse Type						
CNT Pulse	1	1	1	1	1	1
Passes						
Starting Time	5pm	5:20pm	5:45pm	6:20pm	4pm	4:20pm
Finish Time	5:20pm	5:35pm	6pm			
Post Treatment					HIRUDOID	HIRUDOID

Therapist Name and Signature .....

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO'

Confirm Data

Public Data Readed Succ

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	Abeer, Ali, Mohd., Abu Taieh	IDN:	784196370798041	Mother Name:	
Name (Ar)	عائبة علي محمد أبو تايه	Card Number:	093827999	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	28/03/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	19/03/2021	Date of Birth:	13/07/1963	Sponsor Name:	بسم طاهر احمد الخطيب
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	03039698
Residency Type:	03	Residency Number:	15220093005560	Residency Expiry:	19/03/2021
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

7/18/2019





مركز اوركيڤد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-004428

Date: 18-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002521 - ABEER ABU TAEH - 971505613960

The sum of Dhs. **One Thousand and Hundred Fifty Only**By Cash **1,050.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: \_\_\_\_\_ Cheque No. \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Being **ADVANCE FOR 6 SESSION BIKINI 1000 + 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

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

# Piercing Consent Form

ORLAND MEDICAL CENTRE

Clinic Name: \_\_\_\_\_

Clinic Address: SHARJAH \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Country: \_\_\_\_\_

Customers Name: A BEER ABY \_\_\_\_\_

Date of Birth:      /      /       Y  N if under 24 months old, had their vaccination shots:

Customer Address: \_\_\_\_\_

Mobile: 0505613960 E-mail: \_\_\_\_\_

Sterilization Lot Number T491254617 Product Code: 75120100

I hereby authorized to have my / my child / my grandchild \_\_\_\_\_ to be pierced, I have read and understand the following information which is very important in limiting or reducing post-piercing problems during aftercare. By my signature below, I declare the following:

- I / He / She is not under the care of Medical Doctor/s for any medical condition or otherwise prohibiting from piercing procedure.
- I / He / She do not suffer from Diabetes, Epilepsy, Hepatitis, HIV / AIDS, Hemophilia, Dizziness or any heart condition, further not under the influence or regular prescribe medications such as blood thinning medication.
- I am not under the influence of drugs or alcohol. I am not pregnant.
- I have been informed about the piercing procedure and given a copy of piercing after care instructions, which I have read and understand. I understand that after piercing care procedure varies depending on whether the piercing is of the ear lobe / ear cartilage / nose or belly / naval. I have noted the differences.
- I understand that the possibility of infection may exist due to improper hygiene, metal sensitivity or other causes, however the most common is due to a failure to carefully follow to recommend After Care Procedure.
- I understand and accept that ear piercing in the ear cartilage may carry a greater possible risk of redness, swelling and infection due to the nature of piercing the area of the ear and I knowingly accept this risk.
- I understand that due to the nature of the piercing, exposure of newly pierced area to certain environments such as swimming and participation in athletic events, (exercising) may increase the likelihood of infection.
- I will follow Piercing after Care Procedure.
- In case of belly/naval piercing, I am aware that my skin/ body may reject the foreign metal causing for piercing to close.
- I am over the age of \_\_\_\_\_ or consent on behalf of a minor, under the age of consent, that I am the parent or legal guardian of such minor understand that a minor signing as commits an act of fraud.

**By signing this Piercing Consent Form, I hereby acknowledge that I understand the AFTERCARE procedure and the risk of infection.** Knowing the risks, I consent to having my/ daughter / son \_\_\_\_\_ pierced by a medical professional of this clinic and as consideration for the clinic agreeing to pierce my ~~care~~ \_\_\_\_\_ and to the extent permissible by law I willfully assume all responsibility for injury or loss, of any kind, that may be associated with this piercing procedure. If signing as parent or legal guardian on behalf of a minor, I will hold myself liable and will indemnify the clinic and its staff/s, manufacturer, importers, distributor, promoters and will further understand that making a false statement constitutes an act of fraud.

Customer/ Parent/ Legal guardian Signature (if customer is under the legal age, this must be signed by the parent or legal guardian) \_\_\_\_\_ Date: 18/2/19

Medical Professional: [Signature] \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

CLINIC COPY

[Signature]

7512-0100  
Stainless  
1/8" Short  
Cubic Zirconia

SYSTEM 75<sup>®</sup>  
EAR PIERCING EARRINGS



Clips are stainless, gold plated  
ECFDA Compliant

Sterilize Lot Number & Exp:

1481254617 NOV2027  
LOS ANGELES, CA 90248-1814 U.S.A.



Clinic file copy, keep safe for customer records, attached products sterilization reference here



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004435)

Date:18-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002521 - ABEER ABU TAEIH - 971505613960

The sum of Dhs. **One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **105.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 18-07-2019

Being **EAR PIERCING + 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 : 1002521 - ABEER ABU TAEIH - 971505613960

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007306)

Date:28-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002521 - ABEER ABU TAEIH - 971505613960

The sum of Dhs. One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 157.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 28-01-2020

Being UNDER ARMS + 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 : 1002521 - ABEER ABU TAEIH - 971505613960

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