



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 22/7/19

File Number: 1002538

Date: ... / ... / اسم المريض:

Patient Name: Ghenna Kahla

Date Of Birth: 12/02/1992 Gender: M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality: (الجنسية): Syrian (الوظيفة): Makeup Artist

Address (العنوان): R.A.K. AL Nakheel Phone No. (رقم الهاتف): 0561719777

E-MAIL: ghenna.k92@antlook.com How did you know about us: got a massage

التاريخ الطبي Medical History		
Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/NO نعم / لا
Recent or current drugs/Medical Treatment	هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	لا
Corticosteroids/Immunosuppressant	هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا
Allergies	هل لديك أي حساسية؟	لا
Surgical Operations, Serious illness	هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	لا
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	لا
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	لا
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو تناسلية؟	لا
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	لا
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	لا
Epilepsy, or any other neurological disease	هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا
Thyroid Diseases, Diabetes	هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا
Other conditions HSV, HIV...etc	هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...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 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 الأفضل 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 نتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار 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 التورم 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 قيمته لدى قبضي الملف صحيحة. و اتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستنقى 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: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نمىة الدم):
Pulse (النمى):	ppm	Blood Pressure (مفط الدم):	/	Blood Sugar (مسكر الدم):

سبب زبارة المربض للعبارة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسفة Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عملفات سالفة ، اءخال للمستشفى

Smoking (التسفن): Y / N

Alcohol (الكول): Y / N

Drugs (لعاففن): Y / N

الملاحظاء العامة و السربرفة General & Clinical Findings

الفص Examination

الصور الشعاعفة Radiography

التسفنفس Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



precisely Kindly Answer the following questions

ما هو الوصف المناسب لنوع بشرتك؟

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

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

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

هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينون خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا

هل استخدمت ريتين اي أو منتجات حمض الجاروليك أو الهاليدروكورتون في منطقة العلاج؟ نعم / لا

هل قمت بنق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 اشابيع الماضية؟ نعم / لا

هل كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم / لا

هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا

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

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

ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها لشركك حاليا؟

هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا

لسيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا

هل قمت سابقا بإجراء مكياج 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 بتقديمي الى مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

أدركهم 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 اثناء الشعر. وأنهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة و نوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اختبرت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 اسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 اسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و المسامسة و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أدركهم 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 بض ساعات الى عدة أيام 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 قراءتي له و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع

..... / ... /

التاريخ

Patient's Name: Ghenwa khala

إسم المريض:

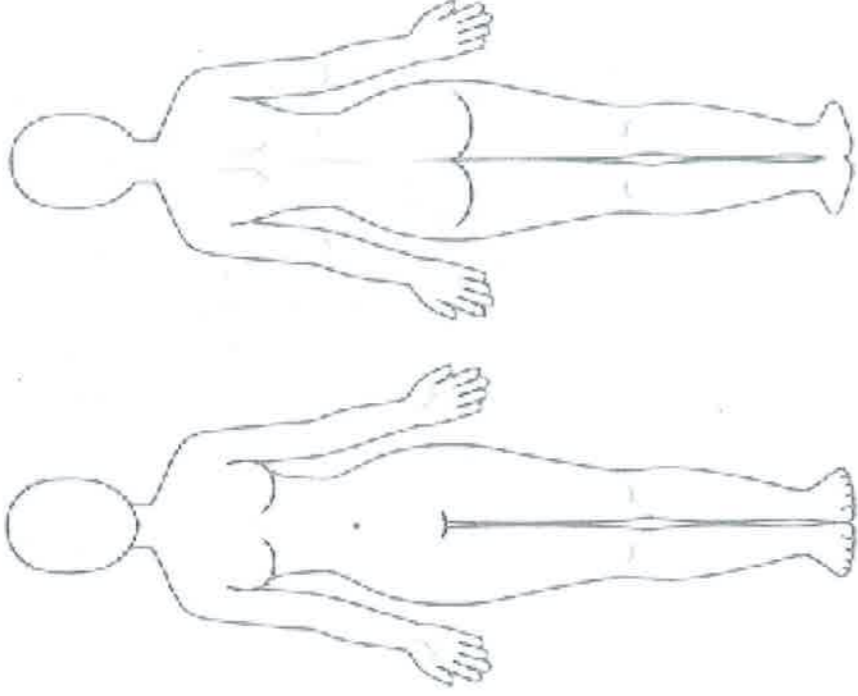
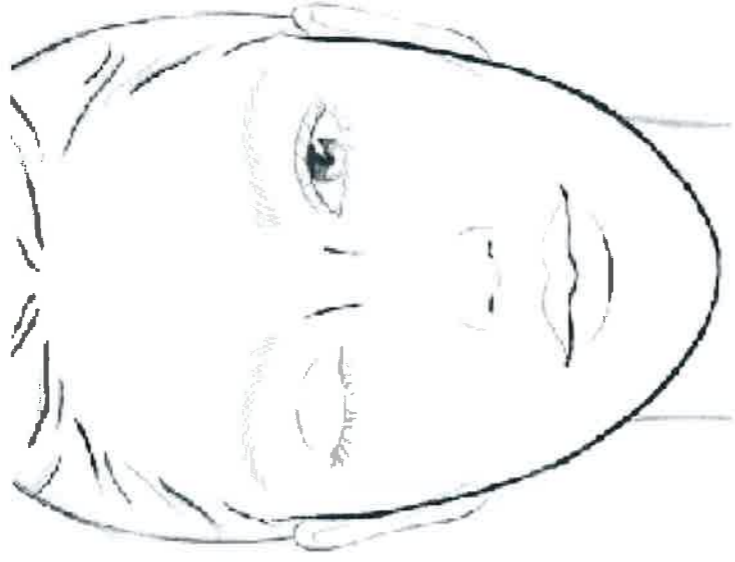
File Number: رقم الملف

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pain Relief given? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No

1602538



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	10/3/20	2/06/20				
Treatment Area	Full body	Same				
Hair Type	Soft B	Soft				
Mode	DPI/FDP	DPI/FDP				
Fluence	21840s	26J/SHORT				
Pulse Type	1 Pass	FJ/SHORT				
CNT Pulse		12pm				
Passes		1:15pm				
Starting Time	10:30 AM					
Finish Time	1:20					
Post Treatment	<i>[Signature]</i>					

Therapist Name and Signature

اسم المريض: Ghenwa Khalq

رقم الملف:

تاريخ العلاج:

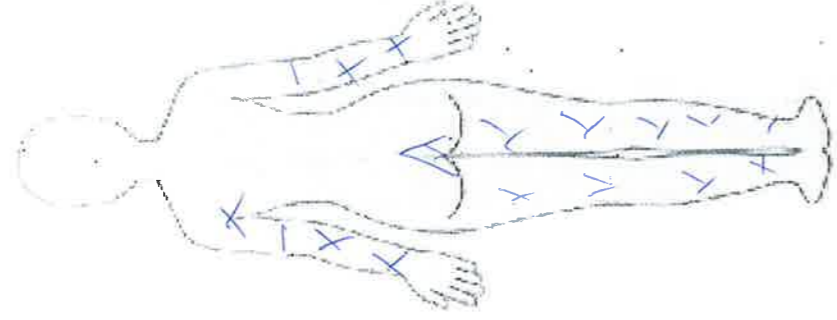
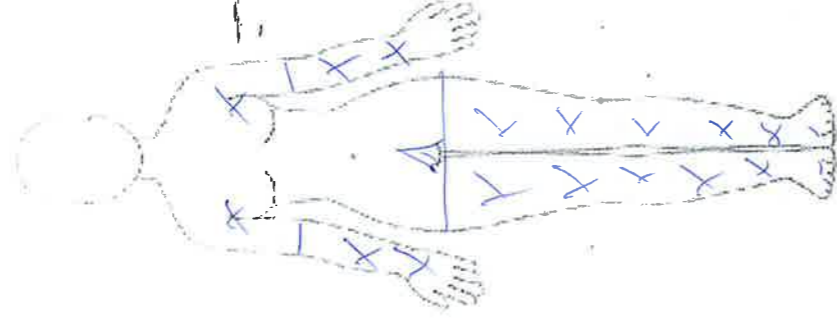
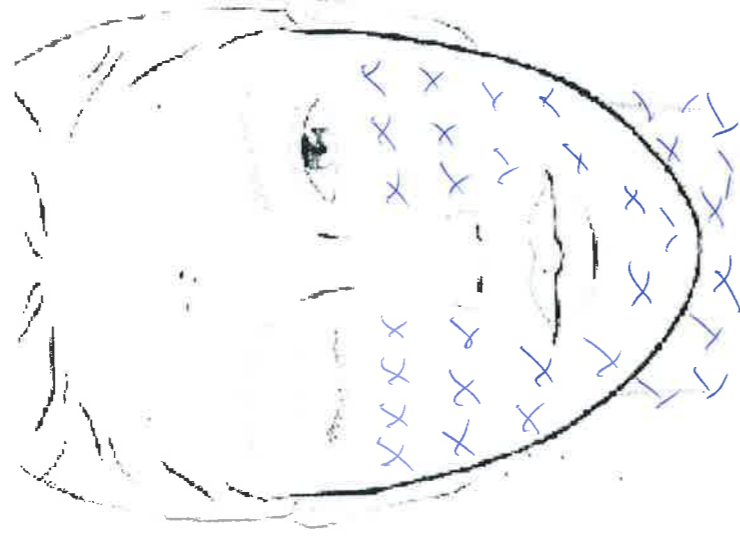
File Number:

Pain Relief given? Yes / No

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No

1000538



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	22/7/19	19/8/19	28/8/19	30/9/19	26/11/19	22/11/20
Treatment Area	Full body	Full Body	1/2 Face	1/2 head (neck)	Full body	Full body
Hair Type	Soft 1 Bled/D	Soft 1 Dase	Medion/Dut	Full body	DPL Bili. Soft ID/blet	
Mode	DPI	FDP	Alex	DPL Bikini	24/54 7/7	Alex 20
Fluence	24/54	7/7	9/15ms	24/54 (in)	7/7	9/10ms
Pulse Type	TJ/7	24/54				
CNT Pulse						
Passes	2 pass	2	1	2 pass	2 pass	8/12 Bikini
Starting Time	5pm	4:30pm	5pm	5:15pm	5:30pm	1 pass
Finish Time	6:30pm	6:15pm	Arundoid	6:45pm	7:40pm	Arundoid
Post Treatment	Sun-cot	Base	Base	Arundoid	Arundoid	Base

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	Ghenwa,Iyad,,Kahla	IDN:	784199254314158	Mother Name:	
Name (Ar)	غندو،إياد،كحلة	Card Number:	088793991	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	26/04/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	23/04/2021	Date of Birth:	18/02/1992	Sponsor Name:	أياد احمد كحلة
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	10952187
Residency Type:	03	Residency Number:	60120153004212	Residency Expiry:	23/04/2021
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

7/22/2019

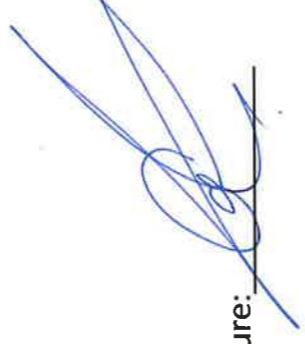
22/07/2019

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: Ghenwa Stahla

Signature: 



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,095.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004466)

Date: 22-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002538 - GHENWA IYAD - 971561719777

The sum of Dhs. **Four Thousand Ninety-Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **4,095.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 22-07-2019

Being **full body without front and back 1 year pkg 12 session + 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 : 1002538 - GHENWA IYAD - 971561719777

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