



File No:

Date: 25 / 07 / 2019

Date: 25 / 07 / 2019.

File Number: 1002560

Patient Name: Mawar Hamad

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 27 / 11 / 88. Gender (الجنس): M / (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Married

Nationality (الجنسية): Lebanese

Occupation (الوظيفة): administration assistant in Ajman University

Address (العنوان): Sajarak - Al-Qasimiya

Phone No. (رقم الهاتف): 055 2401440

E-MAIL: Mawar.hamad.1988@gmail.com

How did you know about us: Instagram

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم النكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	X	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	X	
Allergies هل لديك أي حساسية؟		
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟		C-section delivery
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	X	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	X	During Pregnancy only high Blood Pressure & aspirin
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا	X	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	X	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	X	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	X	Breast Feeding
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	X	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	X	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	X	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكر أو أمراض الغدة الدرقية؟	X	
Other conditions من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإنز، فيروس الحلا البسيط etc HSV, HIV...etc	X	



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 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 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 القزوم 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 فتحتي للملف الصحية و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى 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: ... / ... /

25.07.2019

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (مصلحة الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (مصف 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 ، احوال 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

.....

PATIENT NAME: Manaa hamed.

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
10/08/19	hair - full body plus (Vikim) Done Pkg - 12	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No. 1826 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No. 1826		<i>Wesam</i>
15/09/19	hair - full body plus (Vikim)	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No. 1826		<i>Wesam</i>
19/10/19	hair - full body plus (Vikim)	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No. 1826		<i>Wesam</i>
16/11/19	hair - full body plus (Vikim)	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No. 1826		<i>Wesam</i>
14/12/19	hair - full body plus (Vikim)	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No. 1826	3900	<i>Wesam</i>
18/01/20	hair - full body plus (Dela)	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No. 1826	1000	<i>Wesam</i>
15/02/20	hair - full body plus (Dela)	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No. 1826	1900	<i>Wesam</i>
13/03/20	hair - full body + front (Dela)	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No. 1826	107. Disc	<i>Wesam</i>
11/4/20	hair - full body + front (Dela)	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No. 1826	1110	<i>Wesam</i>
7/6/20	hair - full body + (Dela)	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No. 1826	1630.50	<i>Wesam</i>
1/7/20	Consultation			<i>Dr. Amira</i>
07-10/20	with FB +			<i>Wesam</i>

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	Manar Mohammed, Hamad	IDN:	784198853752842	Mother Name:	
Name (Ar)	منار محمد محمد	Card Number:	094920722	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	LBN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	لبنان		
Issue Date:	10/06/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	27/05/2021	Date of Birth:	22/11/1988	Sponsor Name:	بنو متيك الشرق الاوسط
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	30120192086897	Residency Expiry:	27/05/2021
ID Type:	IL	Occupation:	96	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

7/25/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-004553

RECEIPT VOUCHER

Date: 30-07-2019

AED 2,000.00

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002560 - MANAR HAMAD - 971552101440

The sum of Dhs. **Two Thousand Only**By Cash **2,000.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Date:

Bank: Cheque No.

Being **ADVANCE FOR FULL BODY PKG 1 YEAR**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

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

Manar Hamad
30.07.2019

30/07/2019

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: Manar Hamdy

Signature: Manar Hamdy



***يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة precisely Kindly Answer the following questions**

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟	<input type="checkbox"/> دائماً المحترق ، قليلاً الأسمر <input type="checkbox"/> دائماً المحترق ، عديمة الأسمر <input type="checkbox"/> قليلاً المحترق ، دائماً الأسمر <input type="checkbox"/> نادراً المحترق ، دائماً الأسمر
هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدر؟ نعم / لا	لا / لا
هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا	لا / لا
هل تناولت عقار الكيبتان/ الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا	لا / لا
هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهاليدوكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا	لا / لا
هل قمت بنقف أو كفي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا	لا / لا
متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟	لا / لا
هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا	لا / لا
هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا	لا / لا
هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا	لا / لا
ماهي المنتجات التي تستخدمها ليرتدح حالياً؟	لا / لا
هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا	لا / لا
السيارات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا	لا / لا
هل قمت سابقاً بإجراء كياج دائم للوجه؟ نعم / لا	لا / 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 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 مركز أوركييد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركييد الطبي باستخدام جهاز الليزر التوفير.

وأنتهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. وأنتهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع 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 كالتف و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكفي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 6-4 أسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفف قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و الكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً و يشمل ذلك العلاجات و المساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الكيبتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أنتهم أنه برغم التغير 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 يشب الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع 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 أتيت لي القرضة للإستشارة و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قرأته لي. و أنني تجاوزت القائمة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

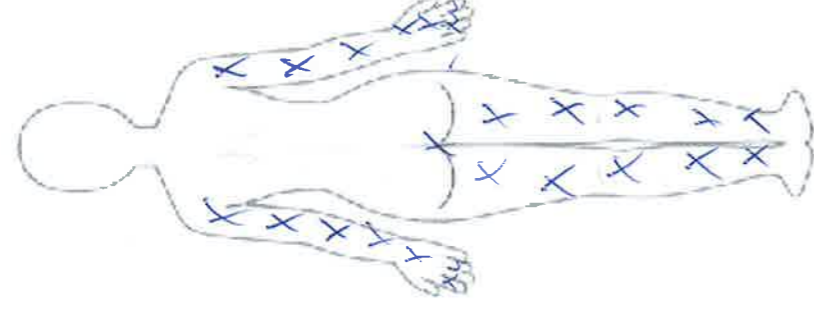
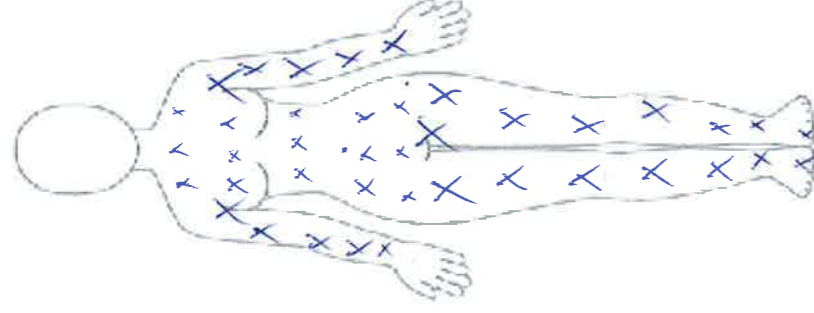
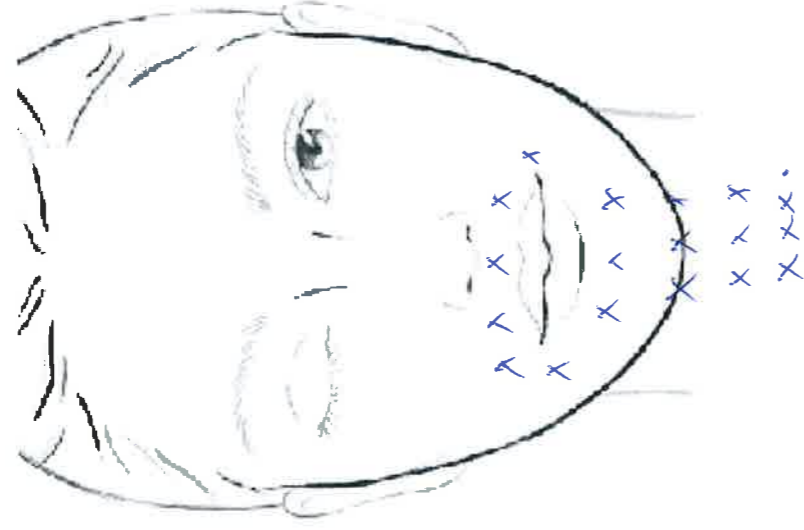
الاسم و التوقيع

.....

التاريخ

..... / ... /
 10 / 08 / 2019

Patient's Name: Manaa hamed :اسم المريض
 File Number: 1002560 :رقم الملف
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pain Relief given? Yes / No :Pretreatment photography taken? Yes / No

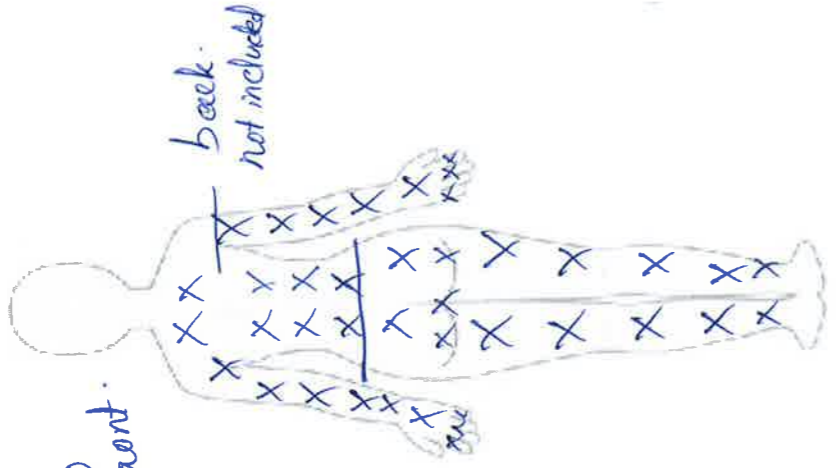
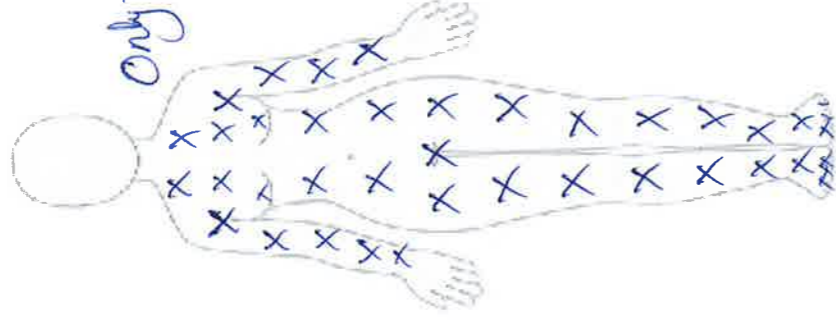
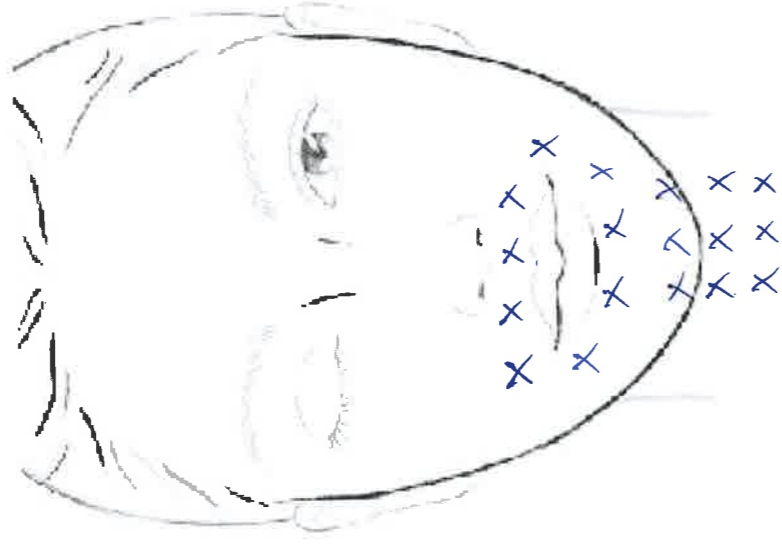


	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	15/02/20	14/03/20	11/4/20	7/6/20	07-07-20	
Treatment Area	face/body+hand	Same	full body +	Same	FBT	
Hair Type	Med/Soft	Soft	Soft ID	Soft	soft/medium	
Mode	Alex: 20	9J/10ms	9/10ms	Alex	Alex 20/16	
Fluence	8J/10-11	9J/10ms	Bikini 16/15ms	9J/10ms	9/10 6/20	
Pulse Type	Bikini	Bikini-16J/15ms	Arnold	Bikini-15J/17ms	1:30 pm	
CNT Pulse	15J/6.5	HIRUDOID	12:10	HIRUDOID	2:00 pm	
Passes	3:15 pm	HIRUDOID	1:30pm	HIRUDOID	medo	
Starting Time	HIRUDOID				fine	
Finish Time						
Post Treatment						

Manaa

Therapist Name and Signature

اسم المريض: Manar hamed
 Patient's Name: Manar hamed
 رقم الملف: 1002560
 File Number: 1002560
 تقييم و الموافقة على إجراء العلاج: Yes
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 أخذت صور قبل العلاج: Yes
 Pretreatment photography taken? Yes / No



Treatment Date	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
10/08/19	15/09/19	19/10/19	16/11/19	14/12/19	18/01/20	
Full body + Coarse	Same	Same	Same	Same	Same	Same
DPI/FDP	Medium	Med/Dark	Med/Dark	Med/Dark	Med/Dark	Med/Dark
Q&J/SHORT	DPI/FDP	DPI/FDP	DPI/FDP	DPI/FDP	DPI/FDP	DPI/FDP
7-6	Q&J/SHORT	Q&J/SHORT	Q&J/SHORT	Q&J/SHORT	Q&J/SHORT	Q&J/SHORT
Q	7-6	7-6	7-6	7-6	7-6	7-6
5:30 pm	6 pm	2 pm	1:45 pm	12:30 pm	12:30 pm	12:30 pm
7:20 pm	8 pm	3:45 pm	3:35 pm	2:10 pm	2:10 pm	2:10 pm

Therapist Name and Signature



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,630.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005995)

Date:16-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002560 - MANAR HAMAD - 971552101440

The sum of Dhs. **Four Thousand Six Hundred Thirty Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **2,630.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **2,000.00**

Bank: Cheque No. Date: **16-11-2019**

Being **FULL BODY 1 YEAR PKG + VAT WITH FRONT ONLY DISCOUNT 10 %**

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 : 1002560 - MANAR HAMAD - 971552101440

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