



File No:

Date: 21/7/19

Date: / /

File Number: 1002604

Patient Name: Hana Taha

اسم المريض: هانا تaha

Date Of Birth: 1981 / 1 / 28

Marital Status: (M / F) M

Nationality: (الجنسية)

Occupation:

Address:

Phone No. (رقم الهاتف): 6508077557

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 الاجابة نعم اذكر بالتفصيل |
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديًا؟ | | — |
| 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 امراض؟ | | — |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب | | — |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟ | | — |
| Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) | | — |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى | | — |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟ | | — |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | | نعم اللرب |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى | | — |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟ | | — |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟ | | — |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟ | | — |
| Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV... etc فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط | | — |



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 الموقر،

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 لتتابع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الإخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الإخطار 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 القرح أو النزيف أو الالكم 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 تماماً ولا 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 (دم فصية 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 ، ادخال 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

.....

UNITED ARAB EMIRATES
Vehicle License



الإمارات العربية المتحدة
رخصة مركبة

| | | |
|-------------------|-------------------|----------------------|
| Traffic Plate No. | 70888 | رقم اللوحة |
| Place of Issue | البيضان | جهة الترخيص |
| T. C. No. | 3070425968 | التمديد |
| | العدد القومي | صفة اللوحة |
| | 3070425968 | المالك |
| Owner | HALA TAHA IBRAHIM | الاسم |
| Nationality | EGYPT | الجنسية |
| Exp. Date | 06-10-2019 | تاريخ الترخيص |
| Ins. Exp. | 06-11-2019 | تاريخ انتهاء التأمين |
| Policy No. | SH/157517 | عدد التأمين |
| Mortgage By | | جهة الرهن |
| | | ملاحظات: |



precisely Kindly Answer the following questions

*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة

| | |
|--|--|
| How do you better describe your skin Type | ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟ |
| <input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned | <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار |
| <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned | <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار |
| <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned | <input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار |
| <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned | <input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار |
| Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No | هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا |
| Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No | هل ظهر لديك حلا البسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا |
| Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No | هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينون خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا |
| Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydrocuenon on Site? Yes/ No | هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا |
| Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No | هل قمت بنقف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا |
| Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No | هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا |
| Do/ Did you use any tanning products? Yes / No | هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا |
| Do you Have any tattoos on site? Yes / No | هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا |
| Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No | ماهي المنتجات التي تستخدمها لغيرها حاليا؟ |
| What products you are using for your skin recently? | هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا |
| Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No | السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا |
| For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No | هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا |
| Have you done any permanent make up? Yes / No | |

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

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قديتها على انهاء الشعر. وأفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر، والتزام المرضى بتعليمات المتابع قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج، وإني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالشمع والتف والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكي وإني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات والمساحسة ونوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقر تمنعهم من

التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر. أفهم أنه يرغم التغيير الذي قد أخطه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق، ومن الممكن حدوث بعض التورم والتشققات، وهذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تنوم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

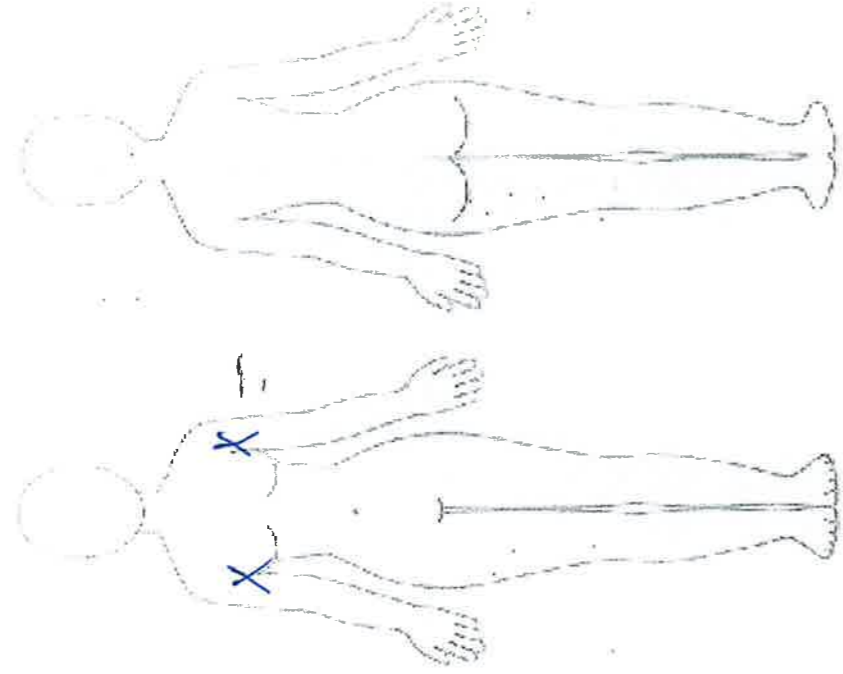
أقر أنه قد أتيتحت لي الفرصة للاستفسار وتوجيه الأسئلة الى المتابع المختص وأني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي، وأني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانوني.

الاسم والتوقيع

التاريخ

..... / /

Patient's Name: *Halal Tahar* اسم المريض
 File Number: رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No
1002664A.



| | Session 1 | Session 2 | Session 3 | Session 4 | Session 5 | Session 6 |
|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Treatment Date | 31/7/19 | 24/08/19. | | | | |
| Treatment Area | axilla | U.A. | | | | |
| Hair Type | M/D | Soft | | | | |
| Mode | NO YAG | NDYAGI. | | | | |
| Fluence | | | | | | |
| Pulse Type | | 16/20 ms. | | | | |
| CNT Pulse | | | | | | |
| Passes | 1 | 1. | | | | |
| Starting Time | 8:30 am | 6:15 pm | | | | |
| Finish Time | | 6:20 pm. | | | | |
| Post Treatment | flunt | bevo. | | | | |

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 685.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-004582

Date: 31-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002604 - HALA TAHA - 971508077557**

The sum of Dhs. **Six Hundred Eighty Five Only**

By Cash **685.00** / 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 2 session Chemical Peeling Underarm**

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004584)

Date:31-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002604 - HALA TAHA - 971508077557

The sum of Dhs. **Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **315.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 31-07-2019

Being **3 SESSIONS UNDER ARMS + 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 : 1002604 - HALA TAHA - 971508077557

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

ورقة الموافقة على التقشير الكيميائي

التاريخ: ٨ - ٧ - ٢٠١٩

أنا أخول _____ لتطبيق _____ لنضارة بشرتي وعلاجها من
التصبغات وآثار الحبوب والتجاعيد.
أتفهم جيدا بأن هذا الاجراء اختياري بحث، 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 متقوية تشمل هايبربيجمنتيشن (تفتيح للبشرة) أو (غامقان بالبشرة) وقد تستمر لمدة 1 إلى
6 اشهر أو أكثر.

بعض الاعراض المحتملة الاخرى كشعور بالحكة، 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 وإجراءات العلاج تم شرحها لي بالكامل من الفوائد المحتمل الحصول عليها
والمضاعفات. لقد تمت الاجابة على جميع تساؤلاتي وأنا أوافق بشدة على تطبيق العلاج.

إنني أفهم 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

هالة خلف إبراهيم

التوقيع

اسم الدكتور / المعالج



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 353.75

RECEIPT VOUCHER

No: REC-004642

Date: 04-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002604 - HALA TAHA - 971508077557

The sum of Dhs. Three Hundred Fifty Three and Seven Five Fils Only

By Cash 353.75 / 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:

Paying ADVANCE FOR CHEMICAL PEEL UNDER ARM

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 367.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005284)

Date:29-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002604 - HALA TAHA - 971508077557

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 367.50

Bank: Cheque No.

Date: 29-09-2019

Being UNDER ARMS CHEMICAL PEEL + 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 : 1002604 - HALA TAHA - 971508077557

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