



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 31/7/19

Date: ... / ... /

File Number: 1002609

Patient Name: Mouna Zaid Al-Jarrah
إسم المريض: مونية زاهد الجراح

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

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية):

Occupation (الوظيفة) :

Address (العنوان) :

Phone No. (رقم الهاتف) : 05515772704

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 حديثاً؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	نعم	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious illness هل اجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض 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)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	نعم	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions من أي أمراض أخرى؟ فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط etc 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 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 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 تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للعمليات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب أو التورم أو النزف أو الألم أو المساسية

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 قمضي السلف صحيحة. 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: 2019/10/7

Moula

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History: التاريخ المرضي:	
Allergies: الحساسية:	
Medications: الأدوية:	
Pregnancy: الحمل:	
Previous Surgeries, Hospitalization: عمليات سابقة , أفعال للمستشفى:	

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (عقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

0.3 0.3
0.4
Dius

Doctor's Signature and Stamp

.....



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
21/7/2019	Lips filler = 1ml next app: after 1 week	790		

Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 Dermatologist
 Dermatology-specialist
 MOH License No.: 4826
 Orchid Medical Centre

BioScience GmbH
 15073 Dummer, Germany
 Lot: F-1619/1
 2022-04
 GeneFill
 35°C
 CE2409

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

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	Mouna, Jalwaj, Soubay	IDN:	784197687374377	Mother Name:	
Name (Ar)	مونة جلاويج سوباي	Card Number:	093351080	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	MAR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المغرب		
Issue Date:	27/02/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	24/02/2022	Date of Birth:	18/01/1976	Sponsor Name:	التقى للخطاطه والتطريز والتصميم
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	30120107027136	Residency Expiry:	24/02/2022
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

7/31/2019



يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية بشكل دقيق

Kindly Answer the following Questions Precisely

هل أنت حامل أو توفين بالإرضاع حالياً؟ نعم / لا	هل أنت حامل أو توفين بالإرضاع حالياً؟ نعم / لا
هل لديك اي حساسية؟ نعم / لا	هل لديك اي حساسية؟ نعم / لا
هل تتلقى اي علاجات حالياً؟ نعم / لا	هل تتلقى اي علاجات حالياً؟ نعم / لا
إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....
هل قمت سابقا بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا	هل قمت سابقا بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا
إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....
هل قمت سابقا بأي علاج باستخدام البوتوكس أو الفيلر؟ نعم / لا	هل قمت سابقا بأي علاج باستخدام البوتوكس أو الفيلر؟ نعم / لا
إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....
ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟.....	ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟.....
هل تعاني من اي امراض جاثية بعد العلاج؟.....	هل تعاني من اي امراض جاثية بعد العلاج؟.....
هل عانيت من اي امراض مناعية؟ نعم / لا	هل عانيت من اي امراض مناعية؟ نعم / لا
هل تعاني من اي التهابات او امراض جلدية؟ نعم / لا	هل تعاني من اي التهابات او امراض جلدية؟ نعم / لا
هل تتناول اي ستيرويدات او اسبرين او مبيحات للدم؟ نعم / لا	هل تتناول اي ستيرويدات او اسبرين او مبيحات للدم؟ نعم / لا
هل تعاني من اي حساسية خصوصا تجاه حمض الهالورنيك او التخدير الموضعي او الليدوكاين؟ نعم / لا	هل تعاني من اي حساسية خصوصا تجاه حمض الهالورنيك او التخدير الموضعي او الليدوكاين؟ نعم / لا
هل تعاني من تضخم الثدي؟ نعم / لا	هل تعاني من تضخم الثدي؟ نعم / لا
هل تعاني من اي مشاكل او امراض قلبية؟ نعم / لا	هل تعاني من اي مشاكل او امراض قلبية؟ نعم / لا
إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....

I hereby consent that I have come to orchid medical center for Treatment with Botox / Filler.

أقر أنني قد حضرت إلى مركز أوركيد الطبي للحصول على العلاج باستخدام حقن البوتوكس و الفيلر.

I understand this is an elective procedure and I hereby voluntarily consent to treatment with dermal fillers for facial rejuvenation, lip enhancement, establish proper lip and smile lines, and replacing facial volume, or remove any unwanted wrinkles around eyes and forehead. The procedure has been fully explained to me. I also understand that any treatment performed is between me and the doctor/healthcare provider who is treating me and I will direct all post-operative questions or concerns to the treating clinician. I have read the above and understand it. My questions have been answered satisfactorily. I accept the risks and complications of the procedure and I understand that no guarantees are implied as to the outcome of the procedure. I also certify that if I have any changes in my medical history I will notify the doctor/healthcare professional who treated me immediately.

أقر أن هذا الإجراء هو إجراء اختياري وأنا قد وقعت هذا الإقرار بإراضي الكاملة لإجراء الحقن بالفيلر/ البوتوكس لإعادة التماسك للوجه وتحسين مظهر الشفاه وتغيير مظهرها أو إعادة تضاريس الوجه. أو إخفاء التجاعيد في منطقة الجبهة و حول العين. الاستفسارات الى الطبيب المعالج قبل وبعد العلاج.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الإقرار و التقييم (أو تمت قراءته لي و أنا على علم بمحتواه) و ان جميع استلتي و استفساراتي قد أجيت بالكامل وبشكل مرضي،

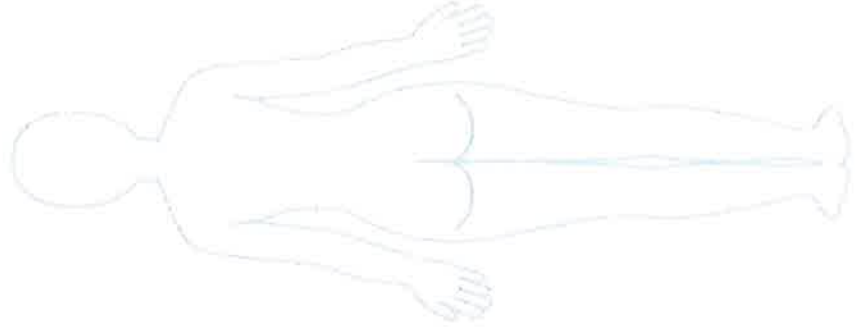
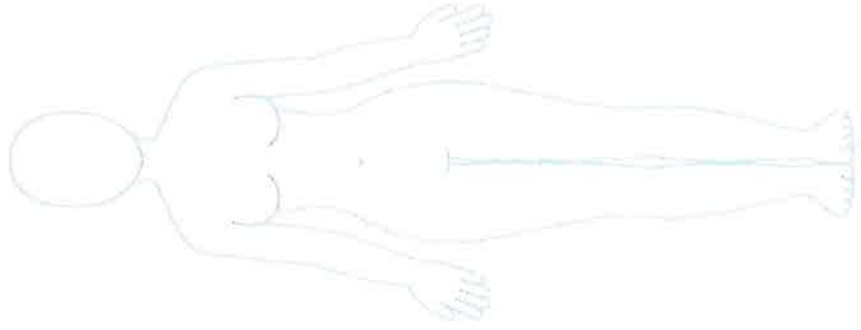
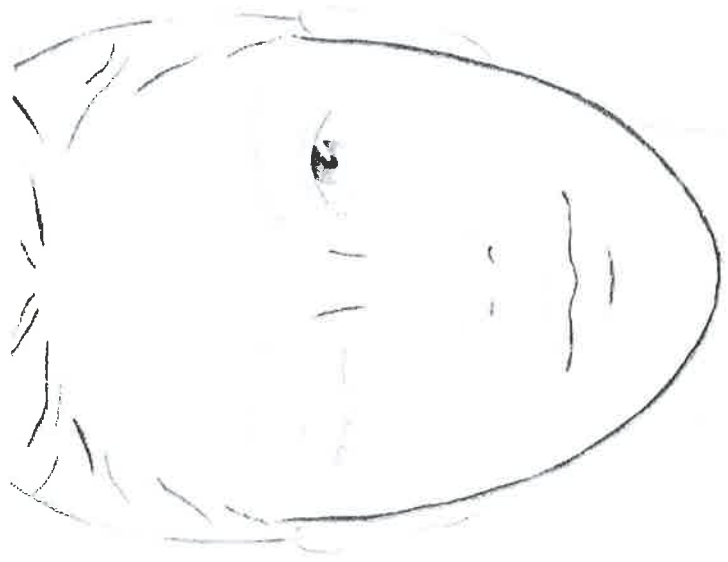
أقر أنني على علم بكامل الاخطار و المضاعفات التي قد تنتج عن هذا العلاج و اتفهم ان لا ضمانات قد قدمت لي لنتائج هذا الاجراء الطبي. و أشهد أنني قد أعطيت المعلومات في هذا النموذج بشكل كامل و صحيح و اني اتحمل مسؤولية التبليغ في حال اي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

Patient Name and Signature

اسم المريض و التوقيع
.....
.....

Date: ... / ... /

التاريخ: ... / ... /



Filler Injection Log

Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

Botox Injection Log

Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1			
Session 2			
Session 3			
Session 4			
Session 5			

Doctor's Name and Signature

.....



مركز أوركيدي الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 829.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004586)

Date:31-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002609 - MOUNA JALWAJ - 971551570704

The sum of Dhs. **Eight Hundred Twenty-Nine Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **829.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 31-07-2019

Being **LIPS FILLER + 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 : 1002609 - MOUNA JALWAJ - 971551570704

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