



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 318,19

Date: 03/08/2019

File Number: 1002627

Patient Name: SHEPHERD BATIDZIBAI

اسم المريض:

Date Of Birth: 02/05/87

Marital Status: M / X

الحالة الاجتماعية: SINGLES

Nationality: ZIMBABWEAN

Occupation: EVENTS COORDINATOR

Address: 24, 4th Floor, Muraco Residence

Phone No. (رقم الهاتف): 0555797410

-MAIL: smexbraza@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 اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	NO	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	NO	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	NO	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	NO	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	NO	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	NO	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا (نقر الدم)	NO	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، أمراض أخرى	NO	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو الأمراض بولية أو تناسلية؟	NO	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	NO	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	NO	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	NO	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	NO	
Thyroid Diseases, Diabetes ها، تعانف من مرض السكر أو أمراض الغدة الدرقية؟	NO	



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: 03 / 06 / 14

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 لتتابع 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 أدرك أن 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 قدمته لي فتحي الملف الصحية و أتفهم ان اي 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: ... / ... /

Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

Vital Signs المؤشرات الحيوية

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية:

Medications الأدوية:

Pregnancy الحمل:

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME: *SUPERD*

FILE NO#: 1002627.

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
9-8-2019	20 veneer done			<i>D. Amira</i>
10/8/2019				
	cemention of Veneer 20			<i>D. Amira</i>
17-8-2019	إعادة 5 سنكر (veneer)			<i>D. Amira</i>
24/8/14	cemention. Veneer 5 (نلاوة)			<i>D. Amira</i>
16/5/20	h&R Bead + Neck (Delea)			
16-5-20	تثبيت فدادين سنكر 9			<i>D. Amira</i>

د. اميرة حسن
 Dr. Amira Hassan
 ممارس عام - طبيب استنان عام
 G.P General Dentist
 ترخيص رقم: 057288
 MOH License No.: 057288
 مركز أوركيدي الطبي
 Orchid Medical Centre

د. اميرة حسن
 Dr. Amira Hassan
 ممارس عام - طبيب استنان عام
 G.P General Dentist
 ترخيص رقم: 057288
 MOH License No.: 057288
 مركز أوركيدي الطبي
 Orchid Medical Centre



precisely Kindly Answer the following questions يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type <input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلا الاسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمه الاسمرار <input type="checkbox"/> قليلا الاحترق , دائمة الاسمرار <input type="checkbox"/> نادرا الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم / لا
Have you ever had Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroquinone 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 بتف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately?	متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس مدة طويلة أو قمت بحلمسة تسمير؟
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك اي وشم أو تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?.....	ماهي المنتجات التي تستخدمها ليبرتك حاليا؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	للسيديات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	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 , patient's 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

.../.../.....

الاسم و التوقيع

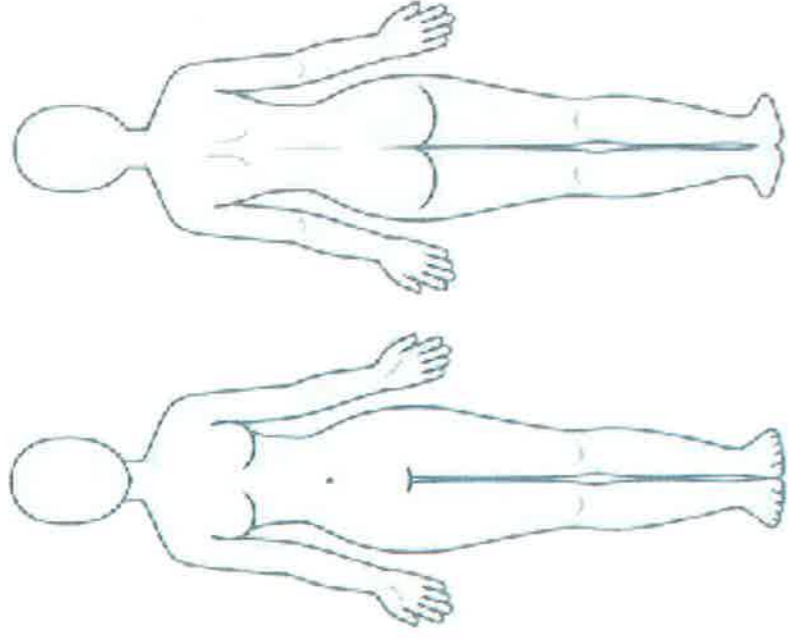
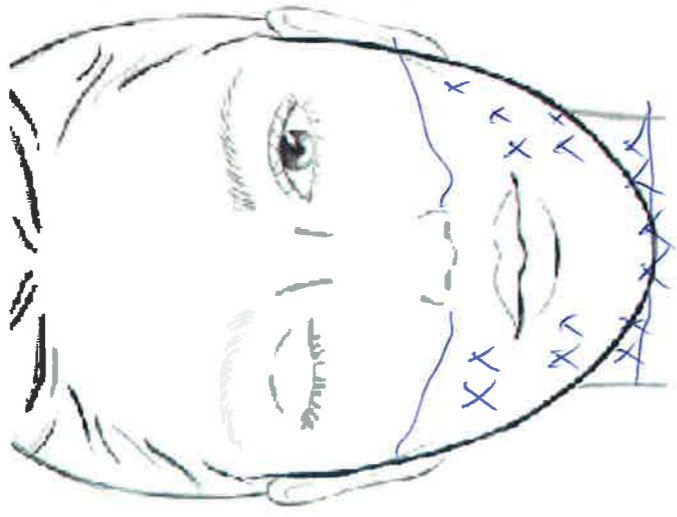
التاريخ

.../.../.....

أقر أنا
مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.
وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طبقا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على اثناء الشعر. وأفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالمك أو التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إني اخترت إزالة الشعر بالليزر.
أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات والحساسيات 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.
أفهم انه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية
قد تتضمن الأعراض الجانبية أحمرار البشرة بما يشبه الحروق، و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الي 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 انه قد أتجعت لي الفرصة للاستشارة و توجيه الاستشارة الي المعالج المختص و إني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قرأته لي. و أني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغي السن القانوني.

Patient's Name: Shahad اسم المريض
 File Number: 1002687 رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No Yes تخفيف الألم
 Evaluation and consent form completed? Yes / No Yes
 Pretreatment photography taken? Yes / No Yes



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	16/5/20					
Treatment Area	Neck + Beard					
Hair Type						
Mode	NDYAG					
Fluence						
Pulse Type	127/8ms					
CNT Pulse						
Passes	1					
Starting Time	8:30pm					
Finish Time						
Post Treatment	HIRUDO ID					

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	Sheperd,,,Batiziani	IDN:	784198736083696	Mother Name:	
Name (Ar)	شبيرد باتيزياني	Card Number:	093879954	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	ZWE	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	زيمبابوي		
Issue Date:	31/03/2019	Sex:	M	Sponsor Type:	09
Expiry Date:	27/03/2022	Date of Birth:	02/08/1987	Sponsor Name:	ميراياناب الفيتس - منظمة الإبداعية
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120197160522	Residency Expiry:	27/03/2022
ID Type:	IL	Occupation:	96	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

8/3/2019



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,412.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-004634

Date: 03-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002627 - SHEPERD BATIZIARI - 971555797410

The sum of Dhs. Three Thousand Four Hundred Twelve and Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 3,412.50 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Cheque No.

Date:

Being ADVANCE FOR 20 TOOTH VENEER 6500 + 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
www.omc1.ae



مركز اوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

Veneer Treatment Form

طلب تركيب فينير الاسنان

Colour Been Chosen اللون الذي تم اختياره..... B/1

Design Been Chosen التصميم الذي تم اختياره Veneer

Quantity Agreed to Order العدد المتفق على تركيبه 20

Notes: ملاحظات أخرى:.....

I have read and agreed to the mentioned specifications above and Orchid Medical Center is not responsible of any change that not matching the above mentioned Specs.

لقد قرأت و وافق على المواصفات التي تم الإشارة إليها في هذه الورقة و أخطي مسؤولية مركز اوركيد الطبي من أي تغيير لا يطابق المواصفات المشار إليها.

SHERED

Patient Name:
SHERED

اسم المريض:

Date: 10 / 8 / 2019

التاريخ: 10 / 8 / 2019

Signature:
SHERED

التوقيع:



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 6,825.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004721)

Date:10-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002627 - SHEPERD BATIZIARI - 971555797410

The sum of Dhs. Six Thousand Eight Hundred Twenty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 3,412.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 3,412.50

Bank: Cheque No.

Date: 10-08-2019

Being 20 TEETH VENEERS + 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 : 1002627 - SHEPERD BATIZIARI - 971555797410


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



AL THURIA DENTAL LAB

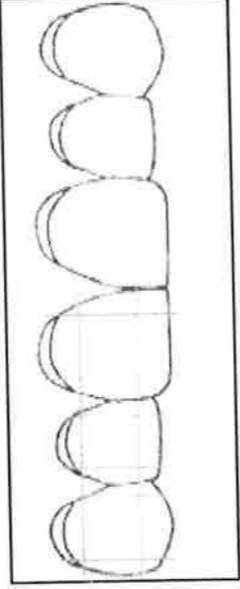
Where Beautiful Smiles Begin

1002627

Case/ Order Number		R	Teeth	L
 * 1 1 7 7 3 *		54321	12345	
		54321	12345	
Received	Due	Doctor	Clinic	
03/08/2019 09:36 AM	08/08/2019 9:36	dr.amira	orchid medical centre - 90	
Patient	File No.	Mobile No.		
shepeed	1002627			

Restorations	Veneer
Metal Design	
Pontic Design	
Occlusal Staining	
Implant	
Items Sent	
Other	

Shade	BL1
Incisal	
Body	
Gingival	

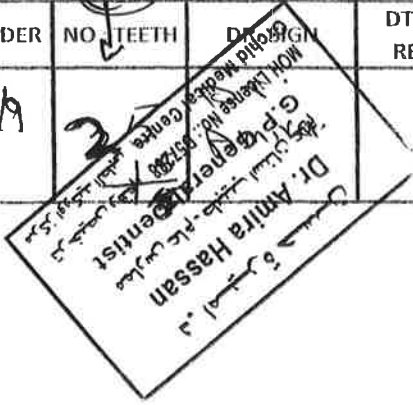


NO SMILE PATTERN SELECTED

Notes Please keep this copy for warranty certificate. Valid until 5 years.

ORCHID MEDICAL CENTER

APPROVAL REQUEST FOR LAB PROCEDURE

PATIENT NAME	OMC FILE #	TREATMENT TYPE	LAB NAME	LAB ORDER NO:	DATE OF ORDER	NO. TEETH	DR. SIGN	DT of ORDER RECD:BACK
Shepard.	1002627	Repair Veneer	ALThunia	<u>11773</u>	17/8/19	25 2	 Dr. Amira Hassan General Dentist Orchid Medical Centre P.O. Box 1002627 Ras Al Khaima, U.A.E.	

APPROVAL FROM MEDICAL CENTER

(Fracture veneer)

BL1

NAME & SIGNATURE

