



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date 4 / 8 / 19

Date: ... / ... / .....	File Number: 1002683
Patient Name: Abdul Samad Ismail	اسم المريض: .....
Date Of Birth: 2 / 1 / 94	Marital Status: (الجماعية): .....
Gender: (M) F	
Nationality: (الوطنية):	Phone No. (رقم الهاتف): 0557117557
Address: (العنوان):	How did you know about us: .....
E-MAIL: .....	

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 حديثة؟		X
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟		X
Allergies هل لديك أي حساسية؟		X
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟		X
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغف 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
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)		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
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، 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 السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		X
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ 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 تزيدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج امورا مختلفة عن ما فكر 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 لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الام أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمته لدي فحسي الملف صحية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما لا يمكن الاطلاع عليها دون مراقبتي

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: 14.../8.../19...

## استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

### المؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (Kg):	Weight	Kg	الارتفاع (السن):	Height	cm	نوعية الدم (Blood Type):	Blood Type
النبض (النبض):	Pulse	ppm	ضغط الدم (Blood Pressure):	Blood Pressure	/	سكر الدم (Blood Sugar):	Blood Sugar

### سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History	
الحساسية: Allergies	
الأدوية: Medications	
الحمل: Pregnancy	
الجراحات السابقة، دخول المستشفى: Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة، إدخال المستشفى	
التدخين (Smoking): Y / N	أدوية العقاقير (Drugs): Y / N

### الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

#### الفحص Examination

#### الصور الشعاعية Radiography

#### التشخيص Diagnosis







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	Abdulsamad,Ismail,Abboud	IDN:	784199436025961	Mother Name:	
Name (Ar)	عبد الصمد اسماعيل ابو عبود	Card Number:	095798066	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	30/07/2019	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	27/07/2021	Date of Birth:	02/01/1994	Sponsor Name:	(رغم الوادي التقل البري (ش.ذ.م.م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120192545845	Residency Expiry:	27/07/2021
ID Type:	IL	Occupation:	8324	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

8/14/2019

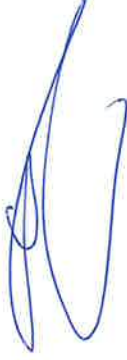
### Curas Laser Patient Consent Form

I, Abdul Samad Djalal hereby authorize Dr. W. C. SAN And/or associates/assistants to perform Q-Switch Laser Treatment.

- CURAS Q1064nm / 1064nm carbon peel using carbon lotion , followed by a soft peel and then finally a CURAS peel is indicated for skin rejuvenation, photo aging, wrinkles, fine lines, dyschromia's (undesirable red and brown discolorations associated with aging or other conditions), textural improvement, acne including erythema (redness) and depigmentation (abnormal brown discoloration from acne), acne scars, enlarged pores, and temporary removal or lightening of unwanted vellus (small, fine lightly colored) hairs. Generally. 3-5 treatments at 2-4-week intervals and maintenance treatments at 3-6 months intervals are recommended.
- Soft Peel and laser toning is a Q-Switched 1064 mode only peel without carbon lotion, while the soft peel on the other hand is laser toning plus carbonic lotion targets deeper (dermal) pigment common in melasma and post-inflammatory hyperpigmentation. This 6-12 treatment at 3-6 months intervals are recommended.
- Tattoo Removal.
- Pigmented lesions.
- Hair Bleaching.
- Nail fungus mode (A mode).
- Melasma Expert (M Mode).

Relative and absolute contraindications to treatments include: Isotretinoin ( i.e Accutane) use in the last 6months, pregnancy / breastfeeding , active skin disease or infection or untreated skin cancer in the treatment area, compromised immune systems, AIDS/HIV or hepatitis, impaired healing (e.g.keloid scar formers), vitiligo.

I understand that optimal results are achieved with a series of treatments and that I will not see optimal results after one treatment, nor can the doctor guarantee my satisfaction with the level of improvement even after multiple treatments.





مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 420.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004748)

Date: 14-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002683 - ABDEL SAMAD ISMAIL - 971557117557

The sum of Dhs. Four Hundred Twenty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 420.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 14-08-2019

Being TATTOO REMOVAL + VAT

Made by Super Administrator

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 : 1002683 - ABDEL SAMAD ISMAIL - 971557117557

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