

مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007151)

Date:19-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002693 - KAWTHAR SAADI - 971508462423**

The sum of Dhs. **One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **105.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **19-01-2020**

Being **nose piercing + 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 : **1002693 - KAWTHAR SAADI - 971508462423**

---

**Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e – mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 17/8/19

|  |   |
|--|---|
| Date: ... / ... / .....                | File Number: 1002693                      |
| Patient Name: Kanther Saadi            | اسم المريض: .....                         |
| Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 30/1/96 | Marital Status (الحالة الاجتماعية): ..... |
| Nationality (الجنسية): Mor. K.S.C.     | Occupation (الوظيفة): .....               |
| Address (العنوان): .....               | Phone No. (رقم الهاتف): 0508462423        |
| E-MAIL: .....                          | How did you know about us: .....          |

| التاريخ الطبي Medical History   |   |                    |
|---|---|--------------------|
| Medical Condition   | الحالة الطبية                           | Yes/No<br>نعم / لا |
| Recent or current drugs/Medical Treatment<br>هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟   |   | لا                 |
| Corticosteroids/Immunosuppressant<br>هل تتعاطى أي سقرويدات أو مثبطات للمناعة؟   |   | لا                 |
| Allergies<br>هل لديك أي حساسية؟   |   | لا                 |
| Surgical Operations, Serious Illness<br>هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟   |   | لا                 |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease<br>جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب |   | لا                 |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants<br>هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟  |   | لا                 |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم)   | انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) | لا                 |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other<br>أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، أمراض أخرى   |   | لا                 |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease<br>هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟  |   | لا                 |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems<br>هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي لمنع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟   |   | لا                 |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases<br>التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى   |   | لا                 |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other<br>قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟   |   | لا                 |
| Epilepsy, or any other neurological disease<br>هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟  |   | لا                 |
| Thyroid Diseases, Diabetes<br>هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟  |   | لا                 |
| Other conditions<br>هل تعاني من أي أمراض أخرى؟<br>HIV...etc<br>فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط   |   | 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 وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتقدم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تشخيصي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتقدم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أقرض 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 لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتقدم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتقدم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للعمليات و الإجراءات الجراحية و العلاجية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تقوي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام أو الحساسية

أتقدم 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 لي فتصي الملف صحية. و أتقدم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون مراقبتي

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: ... / ... / .....

## اسمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

### المؤشرات الحيوية Vital Signs

|                 |     |                              |    |                           |
|-----------------|-----|------------------------------|----|---------------------------|
| Weight (الوزن): | Kg  | Height (الطول):              | cm | Blood Type (نمط الدم):    |
| Pulse (النبض):  | ppm | Blood Pressure (الضغط الدم): | /  | Blood Sugar (السكر الدم): |

### سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

|   |                         |                         |
|---|-------------------------|-------------------------|
| Disease History: التاريخ المرضي:                                    |                         |                         |
| Allergies: الحساسية   |                         |                         |
| Medications: الأدوية  |                         |                         |
| Pregnancy: الحمل  |                         |                         |
| Previous Surgeries, Hospitalization<br>عمليات سابقة، إيداع المستشفى |                         |                         |
| Smoking (التدخين): Y / N  | Alcohol (الكحول): Y / N | Drugs (المنشطات): Y / N |

### الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

### الفحص Examination

### الصور الشعاعية Radiography

### التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

Plan: Botox



Doctor's Signature and Stamp

.....





## ورقة موافقة على العلاج بالفيلر

التاريخ: 17/8/19

انا السيد/السيدة Ms. Wathav Sa أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الفيلر وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه.

لقد تم إبلاغي باحتمال ظهور بعض الأعراض الجانبية المصاحبة لحقن مادة الفيلر، والتي من المحتمل ظهورها بعد الجلسة مباشرة أو مؤخرا والتي قد تحتوي على:

التهابات (احمرار، وذمة، إلخ) وأيضا قد تصاحب شعور بالحك، ألم عند الضغط وذلك يكون بعد الحقن مباشرة. هذه الأعراض قد تستمر لمدة أسبوع.

ورم دموي - تيبس في المنطقة المحقونة - حدوث انتفاخ أو تورم أو التهاب او حساسية - حدوث تأثير بسيط أو عدم حدوثه

بشكل عام تكون هذه العلامات بدرجته معتدلة الى خفيفة وسوف تختفي من تلقاء نفسها بعد عدة أيام من جلسة الحقن.

الآثار النادرة الأخرى تتضمن:

لا يمكن التنبؤ بمدة استمرارية الفيلر في الجسم سواء أقصر أو أطول من المدة المتوقعة عدم تناظر الوجه - تغير طويل الأمد في لون الجلد - خمج فيروسي أو خمج جرثومي

ندبة-تقرح - ورم حبيبيومي - صدمة تحسسية - العمى  
لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 6 إلى 9 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح.

إنني أفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء او تأجيل المواعيد. وأيضا أفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أو أفق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور او الوصف المرفق

نعم لا

اسم المريض: \_\_\_\_\_

اسم المعالج: Dr. Waseh

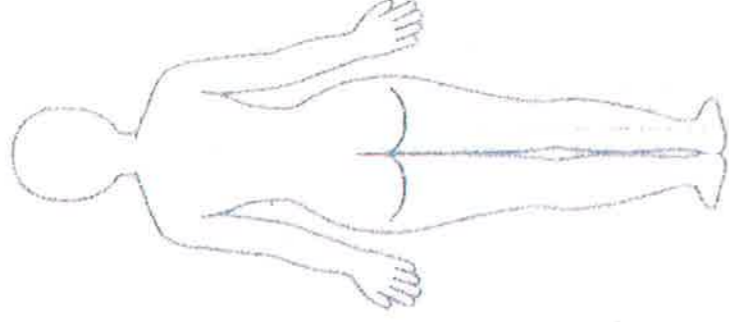
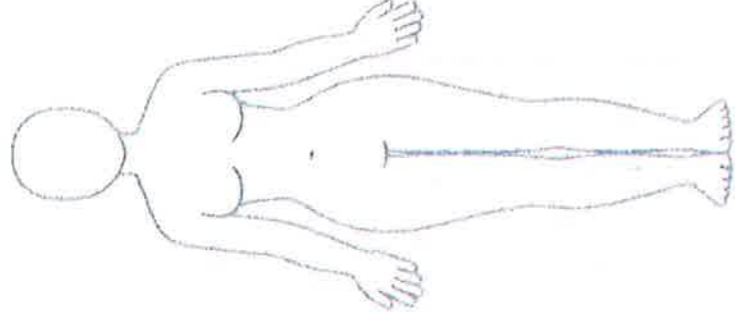
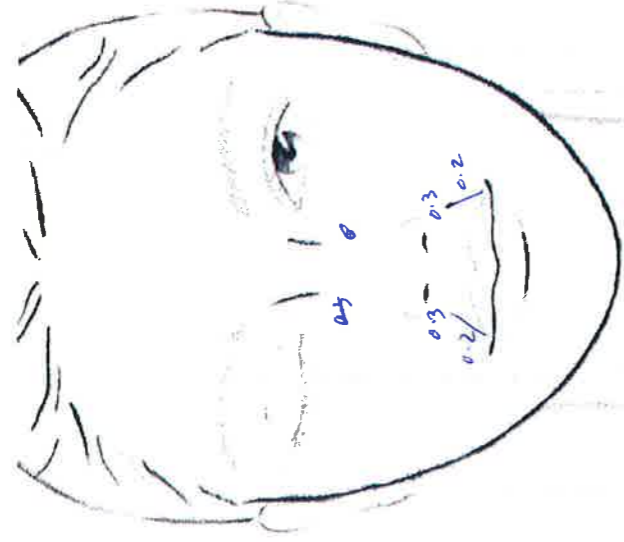
التوقيع: \_\_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_\_

17/08/2019

Kaantare  
Soochi

\_\_\_\_\_



**Filler Injection Log**

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

**Botex Injection Log**

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

Doctor's Name and Signature

.....  






مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 945.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004770)

Date:17-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002693 - KAWTHAR SAADI - 971508462423

The sum of Dhs. **Nine Hundred Forty-Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **945.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 17-08-2019

Being **N L FILLER + 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 : 1002693 - KAWTHAR SAADI - 971508462423

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



مركز أوركيدي الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

## Piercing Consent Form

Clinic Name: OMC Sharjah

Clinic Address: DUBAI Country: UAE

Customers Name: Kaouton Seedi

Date of Birth: 31/11/1996 If under 24 months old, had their vaccination shots:  Y  N

Customer Address: \_\_\_\_\_

Mobile: 0508462423 E-mail: SeediKaouton83@gmail.com

Sterilization Lot Number: 

|   |   |   |   |  |  |  |  |
|---|---|---|---|--|--|--|--|
| 0 | 7 | 1 | 8 |  |  |  |  |
|---|---|---|---|--|--|--|--|

 Product Code: 

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B | 5 | M | E | D | 2 | 0 | 3 | Y | T | N |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

I hereby authorized to have my / my child / my grandchild \_\_\_\_\_ to be pierced, I have read and understand the following information which is very important in limiting or reducing post piercing problems during aftercare. By my signature below, I declare the following:

- I / He / She is not under the care of Medical Doctor/s for any medical condition or otherwise prohibiting from piercing procedure.
- I / He / She do not suffer from Diabetes, Epilepsy, Hepatitis, HIV / AIDS, Hemophilia, Dizziness or any heart condition, further not under the influence of regular prescription medication such as blood thinning medication.
- I am not under the influence of drugs or alcohol. I am not pregnant.
- I have been informed about the piercing procedure and given a copy of piercing after care instructions, which I have read and understand. I understand that after piercing care procedure varies depending on whether the piercing is of the ear lobe / ear cartilage / nose or belly / navel. I have noted the differences.
- I understand that the possibility of infection may exist due to improper hygiene, metal sensitivity or other causes, however the most common is due to a failure to carefully follow to recommend After Care Procedure.
- I understand and accept that ear piercing in the ear cartilage may carry a greater possible risk of redness, swelling and infection due to the nature of piercing the area of the ear and I knowingly accept this risk.
- I understand that due to the nature of the piercing, exposure of newly pierced area to certain environments such as swimming and participation in athletic events (exercising) may increase the likelihood of infection.
- I will follow Piercing after Care Procedure.
- In case of belly/navel piercing, I am aware that my skin/ body may reject the foreign metal causing for piercing to close.
- I am over the age of \_\_\_\_\_ or consent on behalf of a minor, under the age of consent, that I am the parent or legal guardian of such minor understand that a minor signing as commits an act of fraud.

**By signing this Piercing Consent Form, I hereby acknowledge that I understand the AFTERCARE procedure and the risk of infection. Knowing the risks, I consent to having my/ daughter / son \_\_\_\_\_ pierced by a medical professional of this clinic and as consideration for the clinic agreeing to pierce my ~~child~~ \_\_\_\_\_ and to the extent permissible by law I willfully assume all responsibility for injury or loss, of any kind, that may be associated with this piercing procedure. If signing as parent or legal guardian on behalf of a minor, I will hold myself liable and will indemnify the clinic and its staff/s, manufacturer, importers, distributor, promoters and will further understand that making a false statement constitutes an act of fraud.**

Customer/ Parent/ Legal guardian Signature (if customer is under the legal age, this must be signed by the parent or legal guardian) \_\_\_\_\_ Date: 19/04/2020

Medical Professional: [Signature]

Clinic file copy, keep safe for customer records, attached products sterilization reference here.