



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 2018, 19

Date: 20/06/2019	File Number: 1002709
Patient Name: Indira Kachhwanani	اسم المريض: .....
Date Of Birth: 26/10/2001	Marital Status: Single
Gender: M / F	الاحالة الاخصائية: Single
Nationality: Indian	Occupation: Student
Address: Above Bank of Baroda building, Dubai UAE	Phone No: 055-911732
E-MAIL: indialachhwanani.10@gmail.com	How did you know about us: friend

التاريخ الطبي Medical History	
<b>Medical Condition</b> الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثا؟	Yes for acne
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 امراض؟	Yes Appendix Removal.
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض 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) انيميا (نقر الدم)، لوكيميا	No
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	No
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من اي امراض في الكلى او امراض بولية او تناسلية؟	No
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى	No
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، اي امراض معوية اخرى؟	No
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟	No
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري او امراض الغدة الدرقية؟	No
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الحلا البسيط	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: ... / ... / .....

### نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و التوصل.
- أتعلم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأشمل و الخدمة الأفضل.
- أتعلم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في القصة الأولى 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 لتتاج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أعلم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتعلم تماماً كافة الأخطار 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 التورم أو اليرقان أو الالام أو الحساسية
- أتعلم 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 نفسي الملف صحيفه، و أعلم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها بدون مراقبتي
- أقر ان 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 بكمال ارادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....



## استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

### المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg	Height (الطول): cm	Blood Type (نمى الدم): .....
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (ضغط الدم): ..... / .....	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 , ائحال المستشفى .....	
Smoking (التدخين): Y / N	Drugs (تعاظى العقاقير): Y / N

### الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

### الفحص Examination

### الصور الشعاعية Radiography

### التشخيص Diagnosis





REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQyMl

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	Jiya Vijay,,,Lachhwani	IDN:	784200179749039	Mother Name:	
Name (Ar)	جيا فيجاي,,,لاشواني	Card Number:	093198728	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IND	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الهند		
Issue Date:	18/02/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	14/02/2022	Date of Birth:	26/10/2001	Sponsor Name:	فيجاي لاشواني كيشور لاشواني
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	10619775
Residency Type:	03	Residency Number:	20120023006944	Residency Expiry:	14/02/2022
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

8/20/2019



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 500.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-004796

Date: 20-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002709 - JIYA LACHHWANI - 97155911732**

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

By Cash **500.00** / 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 FULL BODY PKG WITHOUT FRONT AND BACK 4900 + VAT**

Made by **Rana**

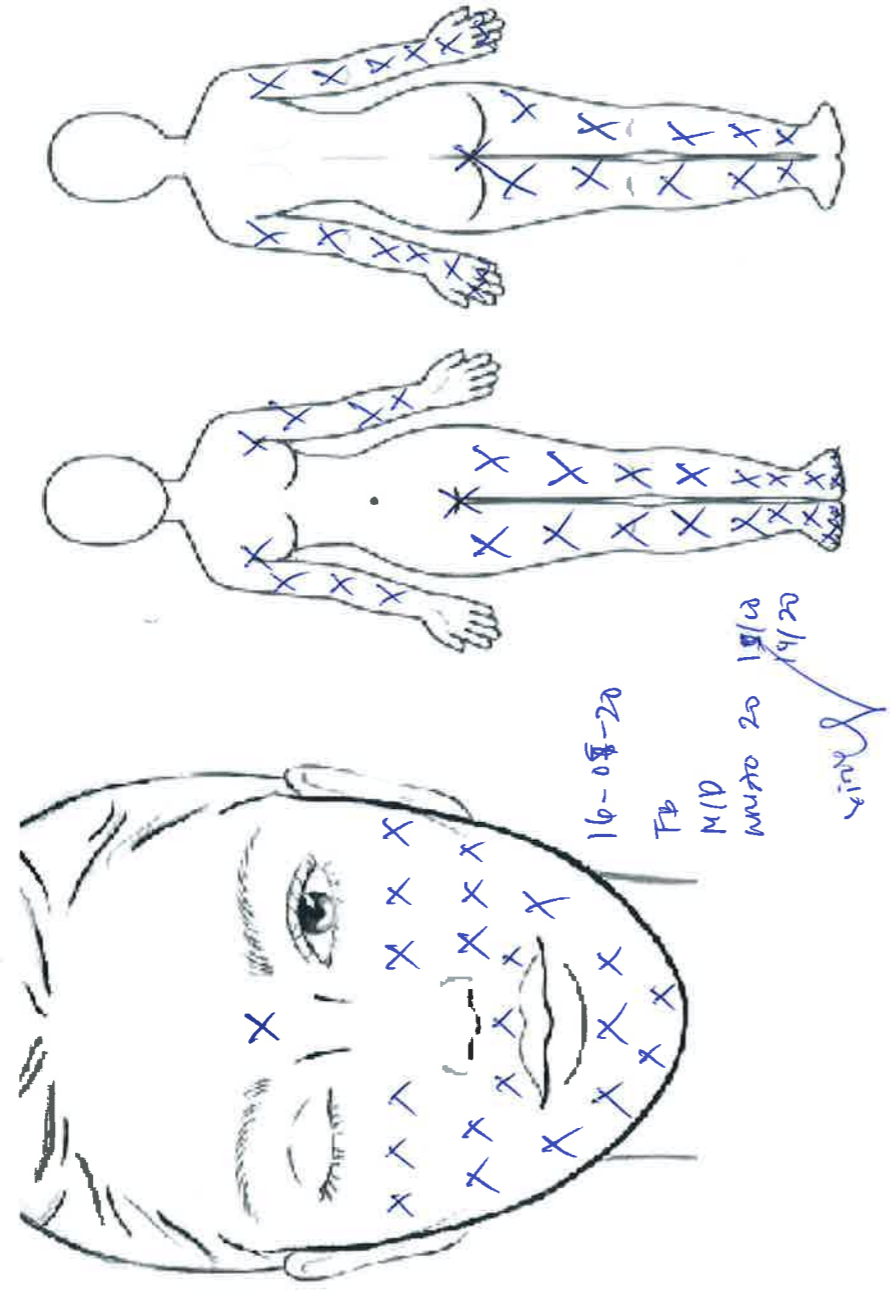
- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

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

**www.omc1.ae**

*Rana*

Patient's Name: J. Y. J. اسم المريض:  
 File Number: 1002709 رقم الملف:  
 Pain Relief given? Yes / No ..... Evaluation and consent form completed? Yes / No  
Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	07/10/19	3/11/19	03/12/19	07/01/20	11/2/20	11/01/20
Treatment Area	Full body	full body	Same	Same	Full body	Full body
Hair Type	Coarse	Coarse	Coarse	Muel	Coarse LD	MID
Mode	DPI/FDP	DPI/FDP	DPI/FDP	Velux	Alex face	ND YAY
Fluence	18J/SHORT	16-18J/Burst	DPI/FDP	Velux	7/15ms	20-14/18ms
Pulse Type	6J/SHORT	5-6/short	16-18 BURST		up 10-14/18ms	13/18ms
CNT Pulse	2	2	6-5/SHORT	2:30pm	Yay	Pakin
Passes	7pm	7pm	2:20pm	3:30pm	low leg 12/22ms	UP/A
Starting Time	8:30pm	8:30pm	3:45 pm		Bikini - 13/20ms	Face - 6/1ms
Finish Time						
Post Treatment						

Signature: *[Handwritten Signature]*  
 Therapist Name: *[Handwritten Name]*

Therapist Name and Signature .....





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,072.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005431

Date: 07-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002709 - JIYA LACHHWANI - 971559111732**

The sum of Dhs. **Two Thousand and Hundred Seventy Two and Five Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **2,072.50 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Being **FULL BODY PGK 4900 + VAT ) BALANCE 2,572.5**

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](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**