



File No: ...1002722

Date: 108/2019

Date: 21/08/2019 File Number: ...1002722  
Patient Name: Nauna... Sabael... Bin.nouri... اسم المريض: .....  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 13/04/1986 Gender (الجنس): M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single...  
Nationality (الجنسية): UAE: (الوظيفة): .....  
Address (العنوان): Ajman... Phone No. (رقم الهاتف): 055-7777971  
E-MAIL: CAVAKMI-86.cabnet@mail.com How did you know about us: .....

التاريخ الطبي Medical History		
المرض 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 حديًا؟	Yes-	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	✓	tel fast.
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	No	
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) ، لوكيميا (نقر الدم)، انيميا	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، امراض اخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	yes	-
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو 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 وأسبح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.

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

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمور مختلفة عن ما نكر في الفحص الأولي والتي 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 لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استعمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم 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 قدمت لي فمضي السلف مسحية. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر ان لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت علي كامل ارادتي

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

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

التاريخ: 21/08/2019

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	156 cm	Blood Type (نمىة الدم):	AB +
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (الضغط الدمى):	/ /	Blood Sugar (السكر الدمى):	-

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

سعال \* S.A.P

Disease History (التاريخ المرضى):	
Allergies (الحساسىة):	
Medications (الأدوية):	
Pregnancy (الحمل):	No-
Previous Surgeries, Hospitalization (عمليات سابقة، ائخال المستشفى):	No-
Smoking (التدخين):	Y / (N)
Alcohol (الكول):	Y (N)
Drugs (العقاقير):	Y / (N)

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis





PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
21/8/2019	Tinea corporis Ns1 on Lam	Coups = free		
	p. Lamisil cream			
	sebiZol shampoo			
	<del>Bo</del> dysport (0.4)	900		
	MicroBotex (0.3)	300		
	next app: 4/9/2019; fu			
	2/9/2019: facial			
14/9/2019	lips filled = 1ml Plan: facial Whitening Mask carbon Laser			
5.09.2019	Facial			
08.09.2019	Whitening Mask			
15.09.2019	Diso face			

د. وسام مروان الطيب  
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
 اختصاص جلدية  
 Dermatology specialist  
 ترخيص رقم: 1826  
 MOH License No.: 1826  
 مركز أوركياد الطبي  
 Orchid Medical Centre

200  


GeneFill  
 100% FILL

BioScience GmbH  
 19073 Dillmar, Germany

F-1619/1  
2022-04

LOT

د. وسام مروان الطيب  
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
 اختصاص جلدية  
 Dermatology specialist  
 ترخيص رقم: 1826  
 MOH License No.: 1826  
 مركز أوركياد الطبي  
 Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطيب  
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
 اختصاص جلدية  
 Dermatology specialist  
 ترخيص رقم: 1826  
 MOH License No.: 1826  
 مركز أوركياد الطبي  
 Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطيب  
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
 اختصاص جلدية  
 Dermatology specialist  
 ترخيص رقم: 1826  
 MOH License No.: 1826  
 مركز أوركياد الطبي  
 Orchid Medical Centre

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Noura,Sabeeل,Abdi,Abdalla,Binnouri	IDN:	784198642602936	Mother Name:	
Name (Ar)	نوره سبيل عدي عبدالله بنوري	Card Number:	089046512	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	ARE	Family ID:	307000645
Title (Ar):		Nationality	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	14/05/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	14/05/2028	Date of Birth:	13/04/1986	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

8/21/2019

## ورقة الموافقة على البوتكس

التاريخ: 21/8/2019  
أنا السيد/المهودة Nowra B. Alkhalaf أؤكد بأنه تم شرح لنا كيفية العلاج باستخدام البوتكس وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه كحال جميع الادوية البوتكس قد يحتوي على آثار جانبية. هذه الردود العكسية قد تكون متعلقة بالعلاج، إما بسبب المنتج أو الفرد، لكن بشكل عام هذه المضاعفات قد تحدث في الأيام الأولى التي تتبع يوم الحقن وتكون بشكل مؤقت. معظم الحالات التي تم تسجيلها تكون بدرجة معتدلة إلى خفيفة. كما هو متوقعة بعد الحقن سوف يكون هناك شعور بالألم وحرق وتيبس وتورم ووزراق.

من الآثار الجانبية الشائعة التي من الممكن حدوثها: صداع، زغللة، احمرار، تراخي بعضلات الوجه وألم في الوجه.  
من الآثار الجانبية الغير شائعة: التهاب، غثيان، تمييل، التهاب في الحفن، ألم في العين، عدم رؤية واضحة، جفاف في الفم، تيبس الشفاء، تورم في الوجه وحول العين، حساسية ضد الضوء، تشنج بالعضلات، أعراض الانفلونزا، ضعف وحرارة.  
الآثار الجانبية التالية قد تكون نادرة: حكة، طفح جلدي، قشعريرة، أنواع مختلفة من الطفح الجلدي الأحمر، حساسية قوية (تورم وتحديد) في الوجه والمجرى الهوائي مما يسبب صعوبة بالتنفس)، هبوط الحاجب أو الحفن، سماع طنين بالأذن وقلة السمع، حساسية في صعوبة البلع والتنفس والكلام.

لقد تم إيلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 4 إلى 6 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح.  
إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا أتفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

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

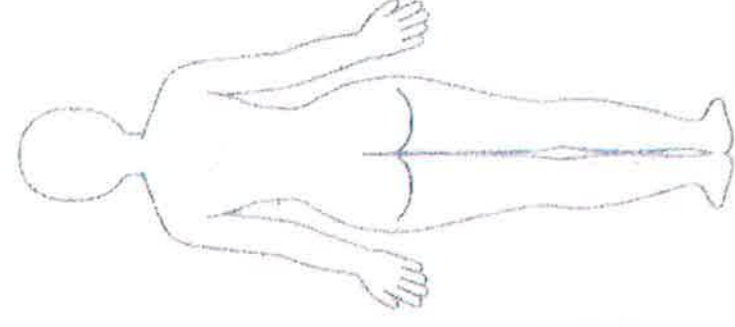
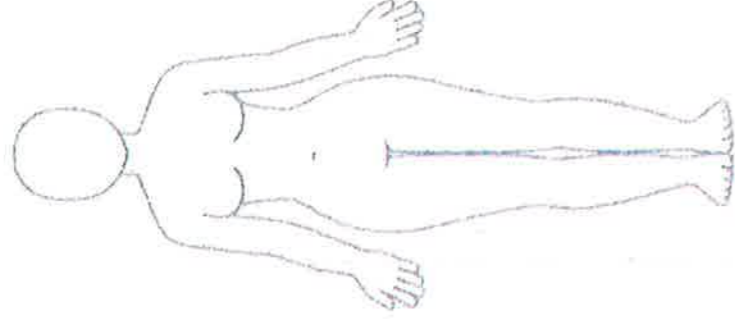
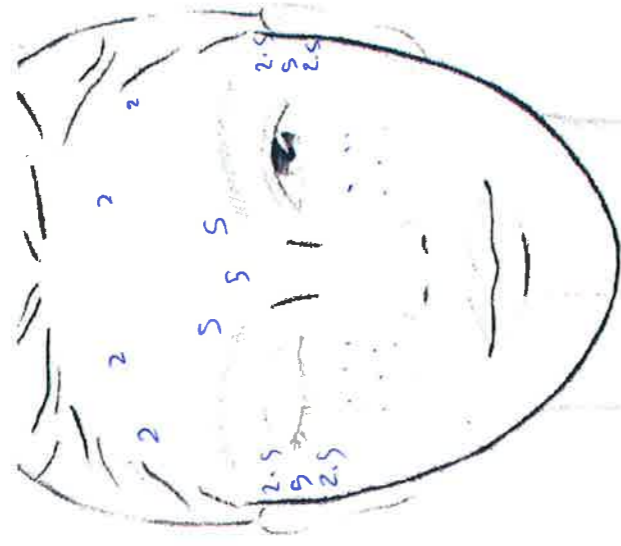
نعم لا

اسم المريض: فايزة بصيل بن فوزي

اسم المعالج: Dr. W. Alkhalaf

التوقيع:

التوقيع:



**Filler Injection Log**

Date	Filler Type	Area Treated	Right / Ml	Left / Ml
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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004817)

Date:21-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002722 - NOURA BINNOURI - 971557777071

The sum of Dhs. One Thousand Two Hundred Sixty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 1,260.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Date: 21-08-2019

Cheque No.

Being DYSPORT BOTOX (0.4) 900AED + MICRO BOTOX (0.3) 300 + 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 : 1002722 - NOURA BINNOURI - 971557777071

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

### ورقة موافقة على العلاج بالفيلر

التاريخ: 19/09/2019  
انا السيد/السيدة نورة بن يوري أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الفيلر وكل التفاصيل المتعلقة

به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه.

لقد تم إيلاغي 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 بدرجة 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 إيلاغي 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 أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء او تأجيل المواعيد. وأيضا اتفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

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

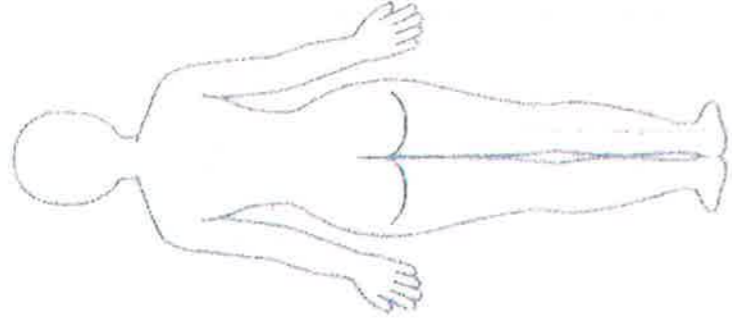
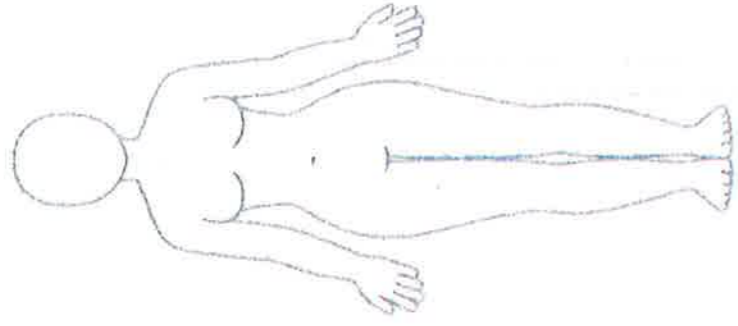
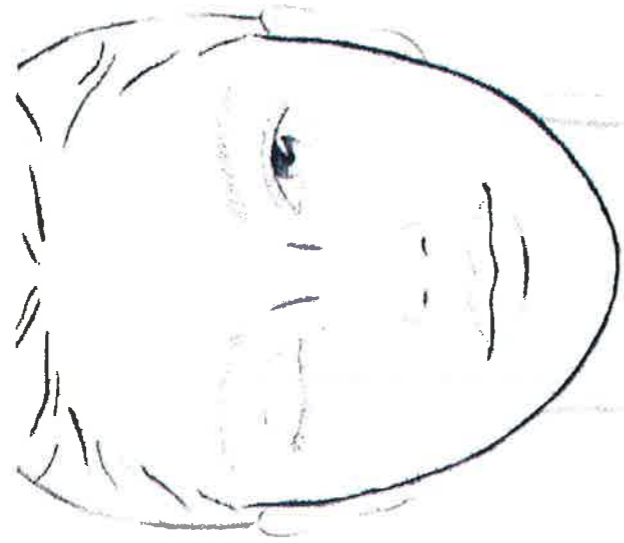
نعم لا

اسم المريض: نورة حبيب بن يوري

اسم المعالج: \_\_\_\_\_

التوقيع: الطبيب

التوقيع: \_\_\_\_\_



**Filler Injection Log**

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

**Botox 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 1,995.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004972)

Date:04-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002722 - NOURA BINNOURI - 97155777071

The sum of Dhs. One Thousand Nine Hundred Ninety-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,995.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-09-2019

Being 1 ML LIP FILLERS 900 + 2 SESSION FACIAL 500 + 1 SESSION WHITENING 500 + 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 : 1002722 - NOURA BINNOURI - 97155777071

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