



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007231)

Date:25-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002740 - RUKHSANA MAHJABEEN - 971544419543**

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **525.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **25-01-2020**

Being **face peeling + vat**

Made by **Reem**

- 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 : **1002740 - RUKHSANA MAHJABEEN - 971544419543**

**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: 25/8/2019

Date: 25/8/2019  
File Number: 1002740  
Patient Name: Rukhsana  
إسم المريض: .....  
Date Of Birth: ? / ? / 1982 Gender: M / F  
Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Married  
Nationality: (الجنسية): Palestinian (الوظيفة): housewife  
Address: (العنوان): Sharjah  
Phone No: 0544419543  
E-MAIL: rukhsana.ummeh@yahoo.com  
How did you know about us: Net Searching

| التاريخ الطبي                                                                                                                                                               |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Medical Condition                                                                                                                                                           | الحالة الطبية |
| Recent or current drugs/Medical Treatment<br>هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حدياً؟                                                                                   | NO            |
| Corticosteroids/Immunosuppressant<br>هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟                                                                                               | NO            |
| Allergies<br>هل لديك أي حساسية؟                                                                                                                                             | NO            |
| Surgical Operations, Serious Illness<br>هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟                                                                                     | NO            |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease<br>جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | NO            |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants<br>هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟                                            | NO            |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم)<br>أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)                                                                                                    | NO            |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other<br>أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى                                                               | NO            |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease<br>هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟                                                                    | NO            |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems<br>هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟                                           | NO            |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases<br>التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى                                                                             | NO            |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other<br>قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟                                                                               | NO            |
| Epilepsy, or any other neurological disease<br>هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟                                                                              | NO            |
| Thyroid Diseases, Diabetes<br>هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟                                                                                                                | Yes Diabetes  |
| Other conditions<br>هل تعاني من أي أمراض أخرى؟                                                                                                                              | NO            |
| HSV, HIV...etc<br>فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...etc                                                                                                                    | 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: ١٤ / ٥ / ٢٠٢٥

### 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 بالمعالج 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 لنتائج 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 ادرك 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي تفصي الملف صحيفياً. و أتفهم أن اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا 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 ارائتي

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

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

التاريخ: ... / ... / .....

## استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

### المؤشرات الحيوية Vital Signs

|                 |     |                      |    |                         |  |
|-----------------|-----|----------------------|----|-------------------------|--|
| Weight (الوزن): | Kg  | Height (الطول):      | cm | Blood Type (دم):        |  |
| Pulse (النبض):  | ppm | Blood Pressure (دم): | /  | 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 , أبحال المستشفى |                          |                          |
| Smoking (التدخين) : Y / N                                         | Alcohol (الكحول) : Y / N | Drugs (العقاقير) : Y / N |

### الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

#### الفحص Examination

#### الصور الشعاعية Radiography

#### التشخيص Diagnosis









precisely Kindly Answer the following questions

|                                                                               |                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| How do you better describe your skin Type                                     | ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟                                                             |
| <input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned                        | <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار                                    |
| <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned                          | <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار                                    |
| <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned                         | <input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار                                    |
| <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned                         | <input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار                                    |
| Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No                                  | هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدر؟ نعم / لا                                            |
| Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No        | هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو قروحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا                           |
| Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No           | هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا                  |
| Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquinon 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 بتفك أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا |
| Did you get exposed to sun or got tanned lately? No                           | متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم / لا            |
| 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 أي وشم / 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? <i>كريم بلينغتون كريم</i> | ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حاليا؟                                                  |
| Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No                         | هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا                                                |
| For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No                                       | السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا                                                        |
| Have you done any permanent make up? Yes / No                                 | هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا                                             |

I, Rulch.sana..... 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 , patients 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

Rulch.sana. رولح

Date

23/8/2019

أقر أنا ..... بقدمي إلى مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلة الشعر لتعمل قوتها على انهاء الشعر. وأفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و اني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق والتف والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكي و اني اختارت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفك قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات والحساسية ونوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أفهم انه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحرق. و من الممكن حدوث بعض التورم والتشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. تقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقيّة من الشمس.

أقر انه قد أتيتك لي الفرصة لاستفسار وتوجيه الاسئلة الى المعالج المختص و اني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و اني تجاوزت القائمة عشر من عمري او حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغني السن القانوني.

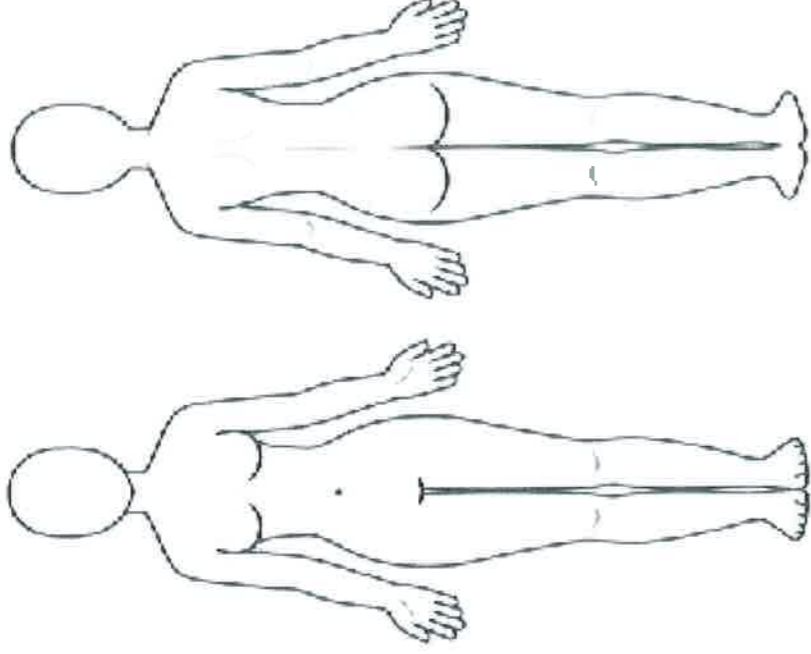
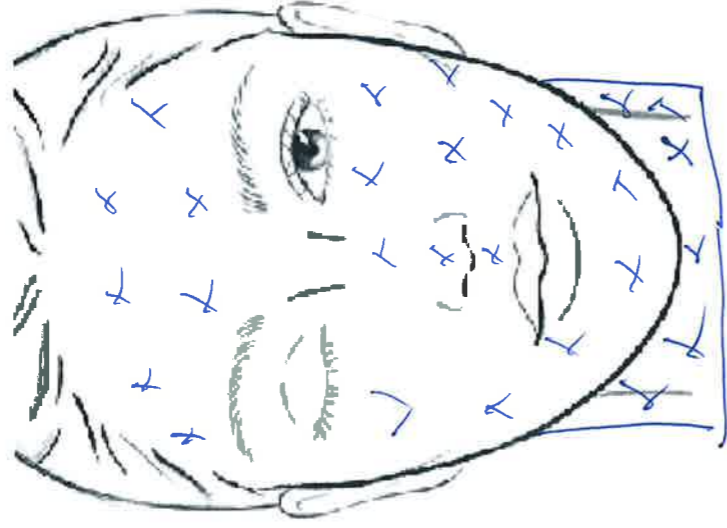
الاسم و التوقيع

التاريخ

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

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

1002740.



|                | Session 1 | Session 2 | Session 3    | Session 4 | Session 5 | Session 6 |
|----------------|-----------|-----------|--------------|-----------|-----------|-----------|
| Treatment Date | 25/8/19   | 8/10/19   | 11/11/19     |           |           |           |
| Treatment Area | full face | full face | full face    |           |           |           |
| Hair Type      | thick D.  | H/Daile   | thick / Dark |           |           |           |
| Mode           | ND YAG    | ALEX      | YAG          |           |           |           |
| Fluence        | 13/20     | 8/18 ms   | 15J/12.5ms   |           |           |           |
| Pulse Type     |           |           | S.S - S20    |           |           |           |
| CNT Pulse      |           |           |              |           |           |           |
| Passes         | 1         | 1         | 1            |           |           |           |
| Starting Time  | 3:15pm    | 5:30pm    | 4:10pm       |           |           |           |
| Finish Time    | 3:30pm    |           | 4:20pm       |           |           |           |
| Post Treatment | Hindal    | Hindal    | Hindal       |           |           |           |

Hindal  
 Hussain  
 Hussain

Therapist Name and Signature .....



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

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            | Rukhsana,Mahjabeen,Muhammad,,Suleman | IDN:              | 784198226436040 | Mother Name:      |                       |
| Name (Ar)       | رخصانه،مہجنین،محمد،سولیمان           | Card Number:      | 085116519       | Mother Name (Ar): |                       |
| Title           |                                      | Nationality:      | PAK             | Family ID:        |                       |
| Title (Ar):     |                                      | Nationality (Ar): | پاکستان         |                   |                       |
| Issue Date:     | 28/08/2017                           | Sex:              | F               | Sponsor Type:     | 03                    |
| Expiry Date:    | 02/07/2020                           | Date of Birth:    | 07/11/1982      | Sponsor Name:     | عمر فاروق غلام مصطفیٰ |
| Marital Status: | 02                                   | Husband IDN:      |                 | Sponsor Number:   | 56169349              |
| Residency Type: | 03                                   | Residency Number: | 20119893113754  | Residency Expiry: | 02/07/2020            |
| ID Type:        | IL                                   | Occupation:       | 10              | Occupation Field: | 00                    |



Photo

Signature Image

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

8/25/2019



مركز أوركيبيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 472.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004844)

Date: 25-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002740 - RUKHSANA MAHIABEEN - 971544419543

The sum of Dhs. Four Hundred Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 472.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-08-2019

Being 3 SESSION FULL FACE + VAT

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

Confirmed by : 1002740 - RUKHSANA MAHIABEEN - 971544419543

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