



مركز أوركيدي الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005848)

Date: 06-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002777 - BILAL AHMED - 971508535777

The sum of Dhs. One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 157.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 06-11-2019

Being 1 session beard + 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 : 1002777 - BILAL AHMED - 971508535777

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



File No:

Date: / /

Date: ... / ... /
Patient Name: B. Al-Ahmed
Date Of Birth: 14/8/1982 Gender: M / F
Nationality: Pakistani
Address: S.H.J. Qedsia
E-MAIL: bilalattar@yahoo.com
File Number: 1002777
اسم المريض: M. Al-Ahmed
التاريخ الطبي: (الطالبة الإحصائية) M. Al-Ahmed
الهوية: Occupation
الهاتف: 8535777
How did you know about us: From friend.

التاريخ الطبي Medical History		
Medical Condition الطالبة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	NO	
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 تعاطى من أي أمراض؟	NO	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	NO	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	BP	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا	NO	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	NO	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو قنصلية؟	NO	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطى أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟	NO	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	NO	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	NO	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	NO	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	NO	
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ 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: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

- أوافق وأسمح للطبيب بمعالجة 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
بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم 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.
- 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 التخيلية
المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي
المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للفحوصات و الإجراءات
العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات
كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام 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 لي قمحي الملف صحيحة. و
أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون
مراقتي
- 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 بكمال ارادتي

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

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

31-8-2019
... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نمىة الدم):
Pulse (النمى):	ppm	Blood Pressure (مفط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History: التاريخ المرضي:		
Allergies: الحساسىة		
Medications: الأوىة		
Pregnancy: الحمل		
Previous Surgeries, Hospitalization: عمليات سابقة . اىخال للمستشفى		
Smoking (التفطىن): Y / N	Alcohol (الكفول): Y / N	Drugs (المفانن): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التفطىن Diagnosis



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة precisely Kindly Answer the following questions

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟ How do you better describe your skin Type	<input type="checkbox"/> دائماً احترق , قليلا الاسمرار Always Burned , little tanned
	<input type="checkbox"/> دائماً احترق , عديم الاسمرار Always Burned, Never Tanned
	<input type="checkbox"/> قليلا احترق , دائماً الاسمرار Little Burned, Always Tanned
	<input checked="" type="checkbox"/> نادراً احترق , دائماً الاسمرار Rarely Burned, Always Tanned
هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	<input checked="" type="checkbox"/> لا No
هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	<input checked="" type="checkbox"/> لا No
هل تناولت عقار الأكيوتان/اليسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا Have you Taken Akutan or isotretinone in the last 6 months? Yes/No	<input checked="" type="checkbox"/> لا No
هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكورتون في منطقة العلاج؟ Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydrocorton on Site?Yes/ No	<input checked="" type="checkbox"/> لا No
هل قمت بتنق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منمنة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	<input checked="" type="checkbox"/> لا No
هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ Did you get exposed to sun or got tanned lately?	<input checked="" type="checkbox"/> لا No
هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا Do/ Did you use any tanning products? Yes /No	<input checked="" type="checkbox"/> لا No
هل لديك اي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا Do you Have any tattoos on site? Yes /No	<input checked="" type="checkbox"/> لا No
هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes/No	<input checked="" type="checkbox"/> لا No
ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حالياً؟ What products you are using for your skin recently?	
هل أجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes/ No	<input checked="" type="checkbox"/> لا No
هل لديك اي عائل / هل أنت حامل؟ نعم / لا For Ladies: Are You Pregnant ? Yes /No	<input checked="" type="checkbox"/> لا No
هل قمت سابقاً بإجراء حكياج دائم للوجه؟ نعم / لا Have you done any permanent make up? Yes /No	<input checked="" type="checkbox"/> لا No

I 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

Date

... / ... /

أقر أنا المشاركة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المشور.
I agree that I am participating in the laser hair removal treatment at Orchid Medical Center.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج لطيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيرات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. وأن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع الشعر والتمتع بالترام المرضي بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لازالة الشعر كالحلق والتف والكريمات وازالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.

- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.

- الوشم و التاتو و الحكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع 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 أنه برغم التغيير الذي قد يحدثه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق و من الممكن حدوث بعض التورم و التشنجات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدمم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى الصالح المختص و إنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قرأته لي. و إنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أموي في حال عدم بلوغني السن القانوني.

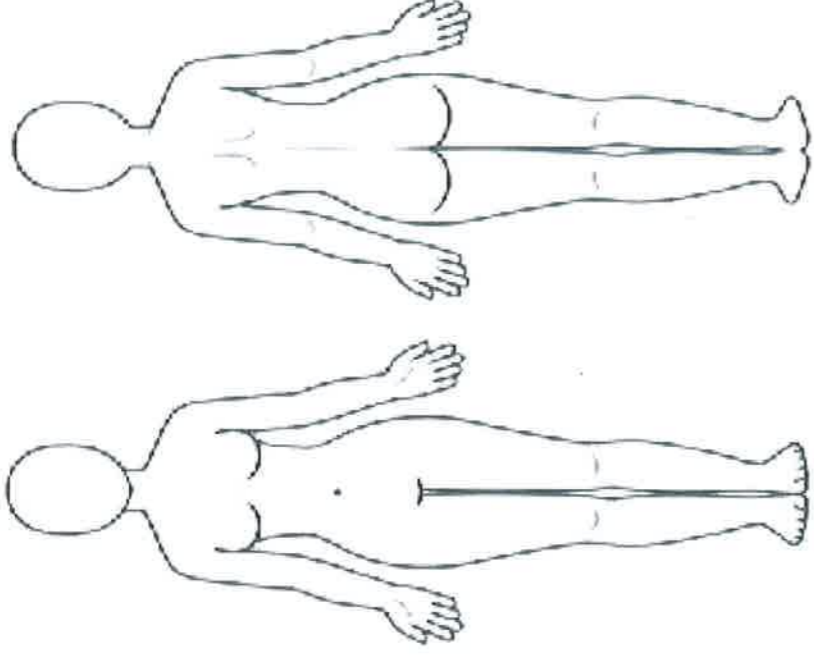
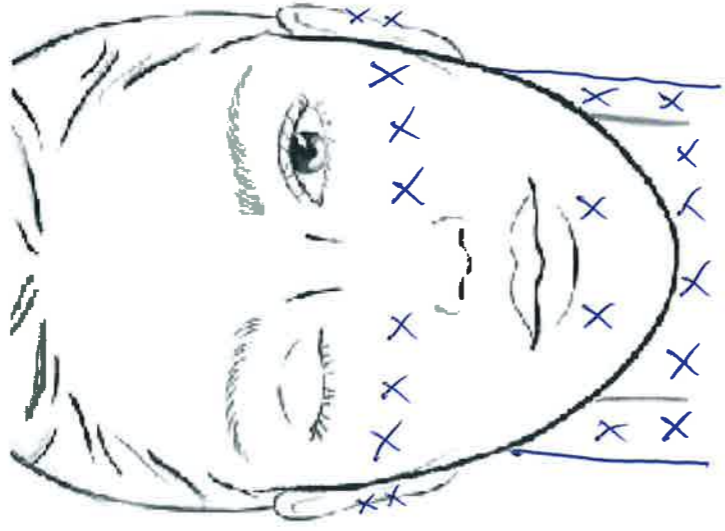
الاسم و التوقيع

التاريخ

... / ... /

Bilal Ahmed

Patient's Name: Faisal Ahmed :اسم المريض
 File Number: :رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No :تخفيف الألم
 Evaluation and consent form completed? Yes / No :تقييم و الموافقة
 Pretreatment photography taken? Yes / No :التصوير قبل المعالجة
1002777



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	3/08/19	02/10/19	6/11/19			
Treatment Area	Beard+Neck	Same	Beard+Neck			
Hair Type	Coarse	Coarse	Thick ID			
Mode	DPI	NDYAG	DPI			
Fluence	12J/BURST	12J/20ms	14J/BURST			
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	2	1	2 Pass			
Starting Time	2:40 PM	11:20 PM	11:30 AM			
Finish Time	2:50 PM					
Post Treatment	HIRUDOID					

Hamed
 Hamed

Therapist Name and Signature

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO*

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	Bilal,Ahmed,Atta.,Muhammad	IDN:	784198210659730	Mother Name:	
Name (Ar)	بيلال احمد عطا محمد	Card Number:	084998971	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PAK	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	پاکستان		
Issue Date:	20/08/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	19/08/2019	Date of Birth:	14/08/1982	Sponsor Name:	التملان للتقنيات
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	30120112028427	Residency Expiry:	19/08/2019
ID Type:	IL	Occupation:	8324	Occupation Field:	09



Photo

Signature Image

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

8/31/2019



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004910)

Date:31-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002777 - BILAL AHMED - 971508535777**

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **157.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **31-08-2019**

Being **BEARD LINE + NECK + VAT 50AED DISCOUNT**

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 : **1002777 - BILAL AHMED - 971508535777**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005332)

Date:02-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002777 - BILAL AHMED - 971508535777

The sum of Dhs. One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 157.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 02-10-2019

Being BEARD LINE + NECK + VAT (50 DHS DISCOUNT)

Made by Hibba

- 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 : 1002777 - BILAL AHMED - 971508535777

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