



File No: 1002801

Date: 03/09/2019

Date: 03/09/2019 File Number: 1002801  
Patient Name: Mohammed Rashid Al-Khazri محمد راشد الكبيسي  
Date Of Birth: 15/05/1976 Gender: M / F (الحالة الاجتماعية):  
Nationality: Iraqi (الجنسية):  
Address: AL-Fayzan  
E-MAIL: k.kazani@yahoo.com  
Marital Status: (رقم الهاتف): 0504341122  
Phone No. How did you know about us:

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



### 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: 03.10.2019

### نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح 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 الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف 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 نتائج 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 القزوم أو النزيف أو الألم أو الحساسية.
- أتفهم أن هناك رسوم بأحد الأذى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فتحي للملف الصحية و معلومات ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا 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 ارادتي

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

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

التاريخ: 03/10/2019

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دمية الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دمية الضغط):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History : التاريخ المرضي:		
Allergies الحساسيات:		
Medications الأدوية:		
Pregnancy الحمل:		
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة , ادخال المستشفى:		
Smoking (التدخين) : Y / N	Alcohol (كحول) : Y / N	Drugs (دوائري) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

24.9.2019

O.P.G Brought By the patient Implant scheduled For  
Next Sunday

Doctor's Signature and Stamp

.....





precisely Kindly Answer the following questions \*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة

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 checked="" 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 جدره؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات 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 Hydroquinone on Site?Yes/ No	هل استخدمت ريتين اي 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 بتفقد أو كسي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? .....	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	ماهي المنتجات التي تستخدمها ليرتد حاليا؟ .....
What products you are using for your skin recently? .....	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	للسيديات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكيلاج دائم لليويج؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / 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 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

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

انا .....  
مركز أوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.

تفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتمصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعطل قدرتها على انماء الشعر. تفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع لاج، وإني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التفتف و الكريجات وإزالة شعر بالشمع و الكسي و إني اخبرت ازالة الشعر بالليزر.

بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:  
يسمح بالتسمير او استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.

جب تقادي ازالة الشعر بالشمع او التفتف قبل العلاج ب 6 اسابيع على الاقل.

لوشوم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

جب اعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذاك العلاجات و الحساسيه و نوع البشرة

لأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو اي عقاقير تمنعهم من

لتعرض الشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

هم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات

وصول على النتيجة المطلوبة.

بمرض الجائنية

تضمن الاعراض الجائنية احمرار البشرة بما يشبه الحروق، و من الممكن حدوث بعض التوريم و

تفقات. و هذه الاعراض الجائنية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. نقص

زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة

شمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أنه قد أتيت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الاسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و

ت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و إني تجاوزت الثامنة عشر من عمري او حصلت

ب موافقة ولي امري في حال عدم بلوعي السن القانوني.

سم و التوقيع

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

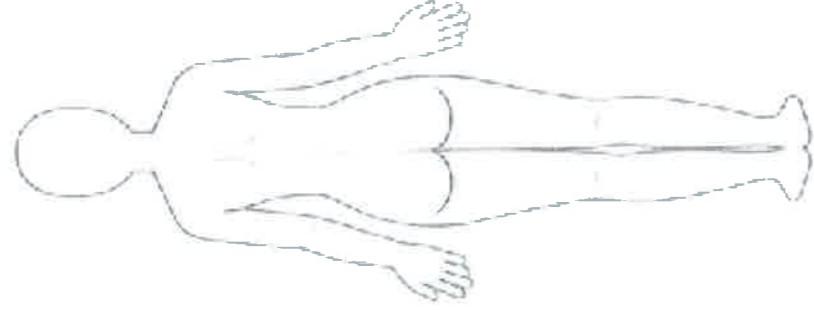
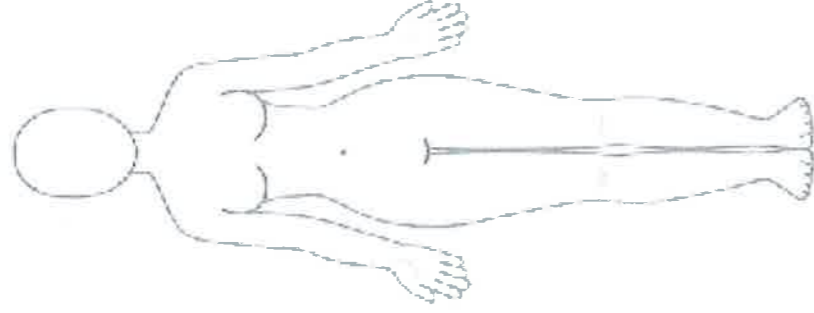
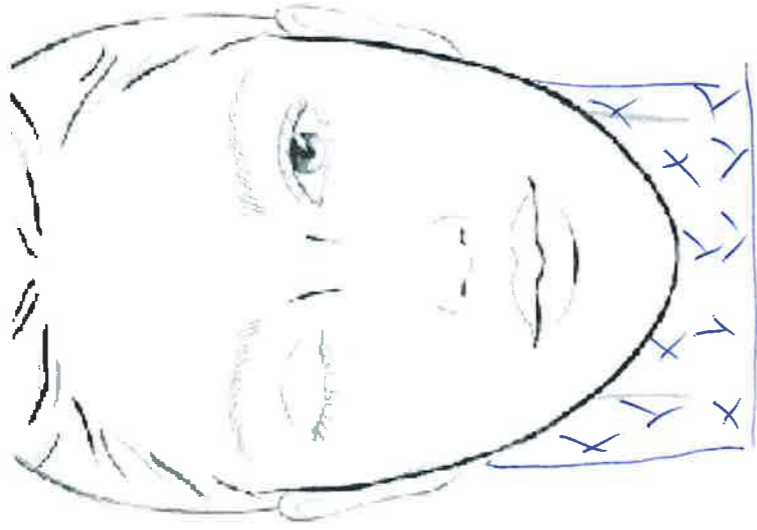
رئع

Patient's Name: **Mohamed Rashid**

File Number: ..... **1002807** .....

Pain Relief given? Yes / No ..... **Yes** ..... Evaluation and consent form completed? Yes / No

..... **1002807** ..... Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date		28/1/20	29/2/20	28/3/20	5/5/20	6/6/20
Treatment Area		Neck	Neck	Neck	Neck	Neck
Hair Type	done	D/Coarse	D/Coarse	DIM	Dark	Dark
Mode		ND YA 420	ND YAG 10	ND YAG 10	Med/Dark	Med/Salt
Fluence		12/22 m5	20/20ms	20/20ms	ND YAG: 20	ND YAG
Pulse Type		1 pass	1 pass	1 pass	12J/17ms	12J/16ms
CNT Pulse						
Passes						
Starting Time						
Finish Time						
Post Treatment						

Therapist Name and Signature .....



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO\*

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	Mohammed,Rashed,Salmehin,,Al Kayani Al Mesmari	IDN:	784197653297644	Mother Name:	
Name (Ar)	محمد راشد سالمين الكيني المسماري	Card Number:	081065448	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	701001143
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	29/11/2016	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	29/11/2026	Date of Birth:	15/05/1976	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:		Occupation Field:	17

Photo



Signature Image

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

9/3/2019





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-004962

Date: 03-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002801 - MOHAMMAD RASHID - 971504341122**The sum of Dhs. **Two Hundred Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **200.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being ADVANCE FOR IMPLANTMade 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)**



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006451

Date: 10-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002801 - MOHAMMAD RASHID - 971504341122

The sum of Dhs. **One Thousand and Hundred Fifty Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,050.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Being advance 1050 for treatment dental

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

**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

AED 500.00 **RECEIPT VOUCHER** No: REC-006793  
Date: 29-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002801 - MOHAMMAD RASHID - 971504341122**

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **500.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR 6 SESSIONS BERARD + VAT 945 BALANCE 445**

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

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 945.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007924)

Date:29-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002801 - MOHAMMAD RASHID - 971504341122

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 445.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 500.00

Bank: Cheque No.

Date: 29-02-2020

Being 6 SESSIONS BEARD LINE + NECK + 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 : 1002801 - MOHAMMAD RASHID - 971504341122

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