مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 22/9/19

100 2935

Date: 22/9/2019 File Number: [illegible]

Patient Name: Noor Mohd إسم المريض: [illegible]

Date Of Birth (تاريخ الميلاد) 20/10/1985 Gender (الجنس) : M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية) مطلقة

Nationality (الجنسية): الأردن Occupation (الوظيفة) : [illegible]

Address (العنوان) : [illegible] Phone No. (رقم الهاتف): 0506656120

E-MAIL: ..... How did you know about us: علاج طبيعي

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

مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

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 المؤهل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الافضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الاجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

اقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات و الاجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والاجراءات العلاجية و الجراحية.
و ادرك ان بعض الاجراءات 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدى فتحي للملف صحيحة. و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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: ... / 9. / 27...

Patient Assesment Form استمارة تقييم المريض

Vital Signs المؤشرات الحيوية

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History :التاريخ المرضي	.....	
Allergies الحساسية	.....	
Medications الأدوية	.....	
Pregnancy الحمل	.....	
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى	.....	
Smoking (التدخين) : Y / N	Alcohol (تعاطي الكحول) : Y / N	Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

PATIENT NAME: Noor **FILE NO#:**

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
9/1/20	CHR Bikini, full face, UA (Deleka)			
	12.01.020 T.C.A. 35% Peel			
	Bikini			
29/01/20	- LHR face + U.A + Bikini (Deleka)			
	2.02.20 Pelling T.C.A			
	Bikini. 35%			
01/03/20	- LHR face + U.A + Bikini (Deka) -			
6/4/20	LHR full bikini, axilla			
	28.04.020 T.C.A. 35% Peel.			
	Bikini			
15/6/20	- LHR U.A + Bikini (Deka)			

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
اخصائي جلدية
Dermatology specialist
ترخيص رقم
MOH License No.: V826
مركز أوركيد الطبي
Orchid Medical Centre

مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-005174

AED 500.00

RECEIPT VOUCHER

Date: 22-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002935 - NOOR MOHAMMED - 971506651020**

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:

:ing **ADVANCE FOR 4CARBON LASER 800 + PRP 3 SESSION 1650 + 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

REDAD DATA

cAEAIOEBAA83ODQxO

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	Nour,Mohammad Said,Amin,,Mustafa	**IDN:**	784198048241958	**Mother Name:**	
Name (Ar)	نور,محمد سعيد,امين,,مصطفى	**Card Number:**	090588531	**Mother Name (Ar):**	
Title:		**Nationality:**	JOR	**Family ID:**	
Title (Ar):		**Nationality (Ar):**	الأردن		
Issue Date:	28/08/2018	**Sex:**	F	**Sponsor Type:**	06
Expiry Date:	25/08/2020	**Date of Birth:**	20/10/1980	**Sponsor Name:**	الخيرات لمقاولات البناء ذ م م
Marital Status:	03	**Husband IDN:**		**Sponsor Number:**	00
Residency Type:	02	**Residency Number:**	30120182088406	**Residency Expiry:**	25/08/2020
ID Type:	IL	**Occupation:**	02	**Occupation Field:**	00

Photo

Signature Image

مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00 **RECEIPT VOUCHER (No.REC-005182)** **Date:23-09-2019**

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002935 - NOOR MOHAMMED - 971506651020**

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **210.00**

Bank: Cheque No. Date: **23-09-2019**

Being **carbon laser + 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 : **1002935 - NOOR MOHAMMED - 971506651020**

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

مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

ورقة الموافقة على التقشير الكيميائي

التاريخ:_____

أنا أخول _____ لتطبيق _____ على _____ لنضارة بشرتي وعلاجها من التصبغات وآثار الحبوب والتجاعيد.
أتفهم جيدا بأن هذا الاجراء اختياري بحت, وأن النتيجة قد تختلف من شخص لأخر والعلاجات المتعددة قد تكون ضرورية.
أتفهم بأنه:
من المحتمل حدوث بعض المضاعفات التي قد تكون نادرة لكن محتملة.
ظهور بعض الاعراض الجانبية الشائعة كإحمرار مؤقت, حرق بسيط وقد يستمر لمدة 3 إلى 4 ساعات أو لعدة أيام.
تصبغات متغيرة تشمل هايبربيجمنتيشن (تفتيح للبشرة) أو (غامقان بالبشرة) وقد تستمر لمدة 1 إلى 6 اشهر أو أكثر.
بعض الاعراض المحتملة الاخرى كشعور بالحك, ألم, حرق, التهاب, تقشير, تورم. من المحتمل ايضا عدم الحصول على النتيجة المتوقعة أو المرغوب بها.
أتفهم بأنه عند تعرضي للشمس أو جهاز التشمس وعدم الالتزام بإرشادات العناية المطلوبة اتباعها قد تزيد من فرصة حدوث مضاعفات.
إرشادات قبل وبعد العلاج واجراءات العلاج تم شرحها لي بالكامل من الفوائد المحتمل الحصول عليها والمضاعفات . لقد تمت الاجابه على جميع تساؤلاتي وأنا أوافق بشدة على تطبيق العلاج.
إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وايضا أتفهم أن المبالغ المدفوعة غير قابلة للأسترداد 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 / الضامن & العلاقة

التوقيع

اسم الدكتور / المعالج

التوقيع

Laser Hair Removal Treatment Log سجل المعالجة لازالة الشعر بالليزر

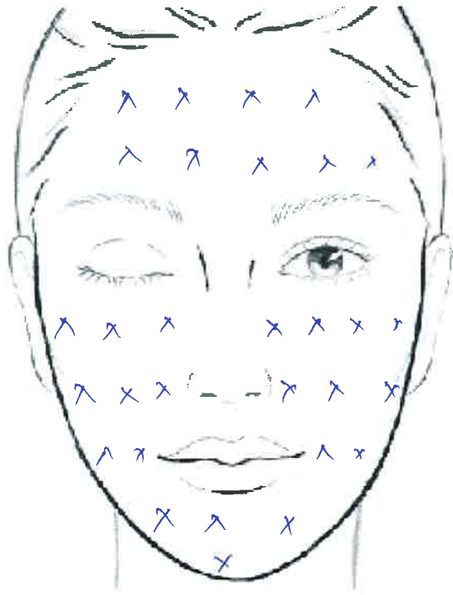
Patient's Name: Noor Mohd. 1002935 :إسم المريض

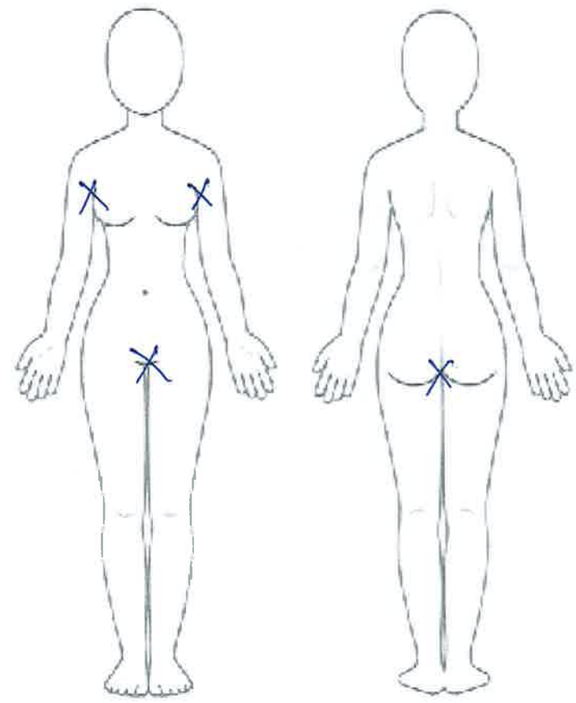
File Number: ..... رقم الملف

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pain Relief given? Yes / No .....

Pretreatment photography taken? Yes / No





face pach 4.

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	9/1/20.	29/01/20.	01/03/20.	6/4/20	15/6/20	
Treatment Area	UA, Bikini, face	Same.	Same.	~~Bikini~~ Bikini	Same.	
Hair Type	Thin / medium	Soft / Thin hair	Face - Alex: 16.	NDYAG 20	Soft.	
Mode	Alex (16)	Face - Alex.	9J/12-10.	14/17	U.A-NDYAG.	
Fluence	face - 8J/9.5	8J/9.5-10.	U.A-YAG: 16.	14/18 ms	16J/15ms.	
Pulse Type	Nd yag (16)	U.A-NDYAG.	18J/13ms.	1 pass.	Bikini - 15J/17ms	
CNT Pulse	16J/15ms. (UA, Bikini)	16J/15ms.	Bikini - 18J/13ms.	3pm		
Passes		Bikini - 15/17ms				
Starting Time	1 time	16J/15ms.	3:10pm.			
Finish Time	2. pm.					
Post Treatment	Hirudoid	HIRUDOID.	HIRUDOID.	Hirudoid	face not done.	

Therapist Name and Signature .....

مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-006985

AED 1,260.00

RECEIPT VOUCHER

Date: 09-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002935 - NOOR MOHAMMED - 971506651020**

The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Sixty Only**

By Cash **1,260.00** / 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 6 SESSIONS (FULL FACE + FULLBIKINI + UNDER ARMS) BUT SHE HAS IN HER AMOUNT 290 BEFOR + VAT THE REST 25 +**

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

No: REC-007036

AED 500.00

RECEIPT VOUCHER

Date: 12-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002935 - NOOR MOHAMMED - 971506651020**

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 3 SESSIONS CHEMICAL PEELING + VAT BALANCE 602.50**

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 367.50 **RECEIPT VOUCHER (No.REC-007415)** **Date:02-02-2020**

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002935 - NOOR MOHAMMED - 971506651020**

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **367.50**

Bank: Cheque No. Date: **02-02-2020**

Being **1 SESSION CHEMICAL 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 : **1002935 - NOOR MOHAMMED - 971506651020**

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

مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-007414

AED 200.00

RECEIPT VOUCHER

Date: 02-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002935 - NOOR MOHAMMED - 971506651020**

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

By Cash **200.00** / 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:

`eing **ADVANCE FOR CHEMICAL PEELING + VAT BALANCE 402.50**

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 367.50 **RECEIPT VOUCHER (No.REC-007556)** **Date:09-02-2020**

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002935 - NOOR MOHAMMED - 971506651020**

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **367.50**

Bank: Cheque No. Date: **09-02-2020**

Being **peeling + 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 : **1002935 - NOOR MOHAMMED - 971506651020**

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

مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 367.50 **RECEIPT VOUCHER (No.REC-008622)** **Date:28-04-2020**

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002935 - NOOR MOHAMMED - 971506651020**

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **367.50**

Bank: Cheque No. Date: **28-04-2020**

Being **1 SESSION CHEMICAL 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 : **1002935 - NOOR MOHAMMED - 971506651020**

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