



File No:

Date: 22, 9, 19

Date: ... / ... /
Patient Name: Taghreed Mahd
File Number: 1002937
اسم المريض:
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 11/7/73 Gender (الجنس): M / F
Marital Status (الحالة الاجتماعية):
Nationality (الجنسية): Occupation (الوظيفة):
Address (العنوان): Phone No. (رقم الهاتف): 0508500922
E-MAIL: How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟		إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل أدوية كولسترول
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟		X
Allergies هل لديك أي حساسية؟		نعم من دواء سبالوسيلجين
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟		4 صليارية
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		X
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		X
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)		
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى		X
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو قنصلية؟		
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		X رطل في البول
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		X
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		X
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		X
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من داء السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		X
Other conditions HIV, HSV, etc		X

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 of 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
بالمعالج الأمثل والخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف 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 العلاج و الإجراءات الطبية أو التشخيصية
المقدمة لي، كما أتفهم الإخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي
المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الإخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات
العلاجية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات
كالالتهاب أو القرح 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 لدي قمضي للملف صحيحة و
أتفهم ان أي 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
انني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و انني وقعت عليه بكامل ارادتي

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

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

التاريخ: ... / ... / 2019



استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (الكلغ): Weight (Kg)	الطول (السم): Height (cm)	نوعية الدم (Blood Type):
النبض (النبضات): Pulse (ppm)	الضغط الدموي (Blood Pressure): /	سكر الدم (Blood Sugar):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History	
الحساسية: Allergies	
الأدوية: Medications	
الحمل: Pregnancy	
عمليات سابقة، عمليات المستشفى، جراحات سابقة، Hospitalization	
التدخين: Smoking (☑ / ☐)	ألمكحول (Alcohol): (☑ / ☐)
	أدوية (Drugs): (☑ / ☐)

الملاحظات العامة والسريية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

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	Taghraid Mhd Fahed,Al Atasi	IDN:	784197307909164	Mother Name:	
Name (Ar)	تغريد محمد فهد،الاتاسي	Card Number:	073547126	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	سوريا		
Issue Date:	09/06/2015	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	31/05/2018	Date of Birth:	11/08/1973	Sponsor Name:	نورالدين رشيد الزعيم
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	0145496237
Residency Type:	03	Residency Number:	20120053072776	Residency Expiry:	31/05/2018
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

9/22/2019



مركز أوركيڤد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-009499

Date: 17-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002937 - TAGHREED 00. - 971558500922

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**

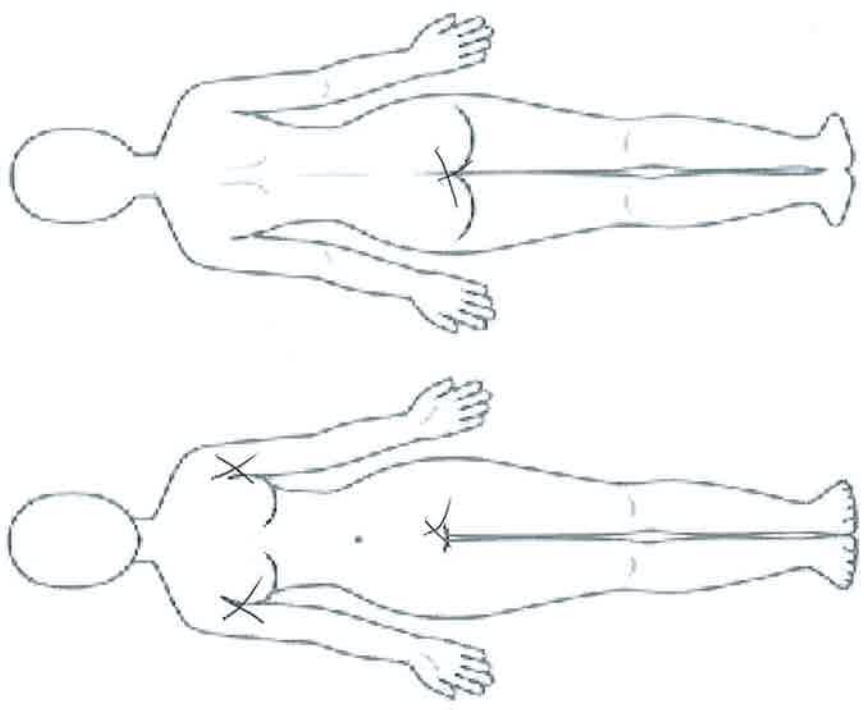
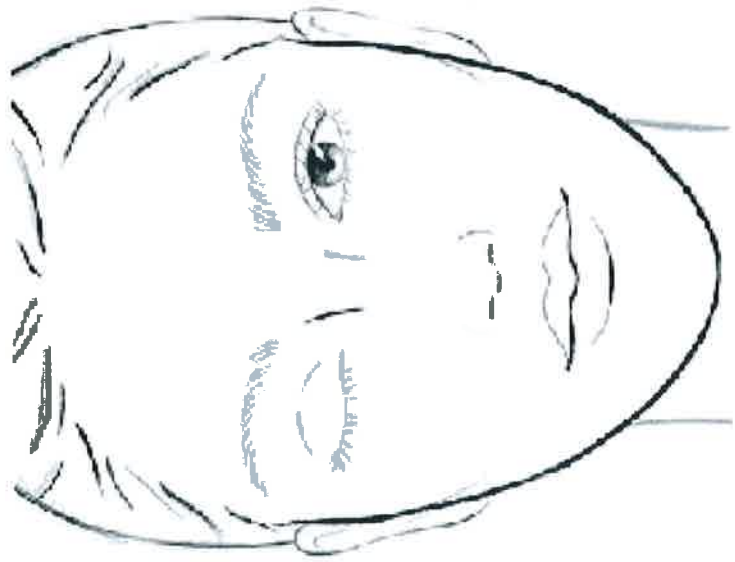
Bank: Cheque No. Date:

Being **advance for bikini + under arms + 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

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

Patient's Name: *Taghreed Mohd* اسم المريض
 File Number: *1002937* رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No Yes No Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No Yes No Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	22/9/19.	27/10/19	2/11/20	17/6/20		
Treatment Area	axilla, bikini	axilla, bikini	U.A + Bikini	U.A. Bikini		
Hair Type	M/D.	M/D				
Mode	ND YAG.	ND grey Co	Thio Dark Soft ID			
Fluence	16 J/15ms	17 J/20	U.A - Alex.	8/10ms		
Pulse Type			8 J/0ms	7/13ms bikini		
CNT Pulse						
Passes	1	1	Bikini-YAG.	1 Pass		
Starting Time	7:45 PM	7:48 PM	17/15ms			
Finish Time						
Post Treatment	Amoxic	Minocycl	Minocycl, HIRUDOID	Amoxic		

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 367.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005178)

Date:22-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002937 - TAGHREED 00. - 971508500922

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: 22-09-2019

Being BIKINI + UNDER ARMS + VAT FROM PKG

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 : 1002937 - TAGHREED 00. - 971508500922

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-005177

RECEIPT VOUCHER

AED 550.00

Date: 22-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002937 - TAGHREED 00. - 971508500922

The sum of Dhs. Five Hundred Fifty Only

By Cash 550.00 / 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 SESSION BIKINI + 3 SESSION UNDER ARMS + 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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 500.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-007180

Date: 21-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002937 - TAGHREED 00. - 971558500922

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 bikini laser + under arms + 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