



File No:

Date: 25/9/19

Date: ... / ... / ...
Patient Name: Angel Keywanisa
Date Of Birth: 20/3/1993 (تاريخ الميلاد) Gender: M / F (الحالة الاجتماعية)
Nationality: Al.iranian (الجنسية) Occupation: s.h.a.j.h. (الوظيفة)
Address: Al. Khava s.h.a.j.h. (العنوان)
E-MAIL: ...@... (البريد الإلكتروني)
File Number: 1002943
إسم المريض:
Phone No. (رقم الهاتف): 0567468816
How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
Medical Condition الحالة الطبية			
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	No		
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	No		
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No		
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	No		
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف 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؟	No		
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	No		
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	No		
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	No		
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تتعطين 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 تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No		
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	No		
Other conditions: HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا السنية...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 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
بالعلاج الأفضل والخدمة 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 والعلاجات اللازمة والمطوية بحكم
خبرته المهنية والطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات والإجراءات الطبية أو التشخيصية
التي قد أتفهم الأخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي
المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار والمضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات
العلاجية والجراحية.
- وأدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية والعلاجية والجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات
كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية وأن جميع
الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية والتاريخ الطبي الذي قدمت لي فتمسي للملف الصحية. و
أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإطلاع عليها دون
موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار وان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و
انني قد قرأت وفهمت جميع تفاصيله بالكامل وانني وقعت عليه بكامل ارادتي

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): Pulse (النبض):	Kg ppm	Height (الطول): Blood Pressure (الضغط الدم):	cm /	Blood Type (نوعية الدم): 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 . امثال المستشفى		
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (الكحول): Y / N	Drugs (العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings و السريرية و العامة الملاحظات

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis



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 type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input checked="" type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydrocuenon on Site? Yes/ No	هل تناولت عقار الاكوتان/اليسوتريتونين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهاليدريكوتونين في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately?	هل قمت بتنق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لشمعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?	هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلافات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	ماهي المنتجات التي تستخدمينها / تستخدمها لغيرتك حاليا؟
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
	للسيئات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا
	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

I hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Shariah 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 th' 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

..... / /

رَبِّح

..... / /

أنا أوافق على إجراء إزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتقدم.

أفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتمصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إتمام الشعر.

أفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة وعمر والتزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. واني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق والتف والكريمات وإزالة شعر بالشمع والكلي و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

: يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج. يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفتف قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.

لوشوم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات والحساسية ونوع البشرة

لأشخاص الذين تناولوا عقار الاكوتان خلال الست اشهر الماضية أو اي عقاقير تمنعهم من

لتعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

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

وصول على النتيجة المطلوبة.

بمراض الجانبية

تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم

ونفقات. وهذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج. نقص

زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة

شمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أني قد أتيت لى الفرصة للاستفسار وتوجيه الأسئلة الى المعالج المختص وأني قد قرأت و

تحتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي. و اني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت

ب موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانوني.

سم و التوقيع

..... / /

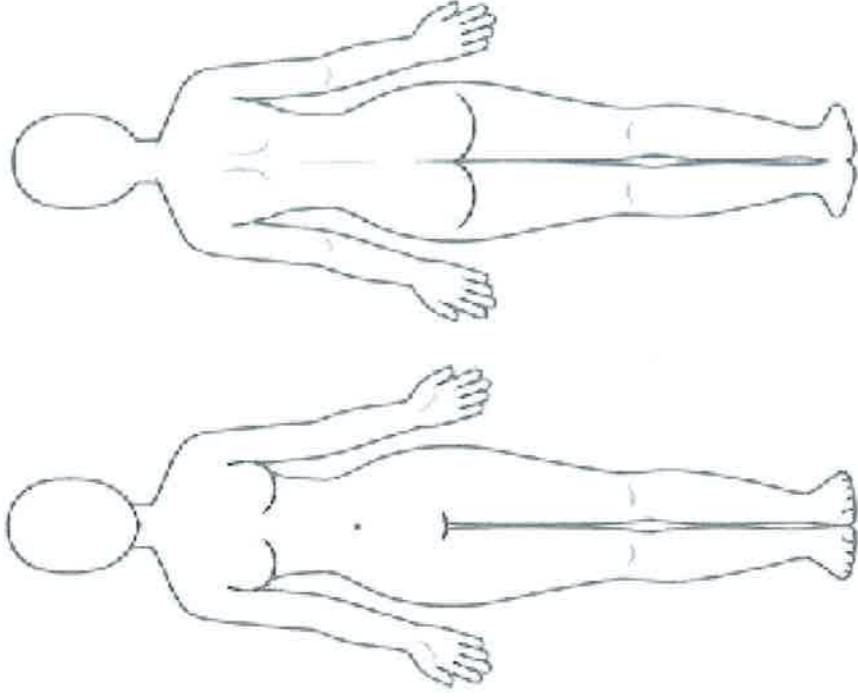
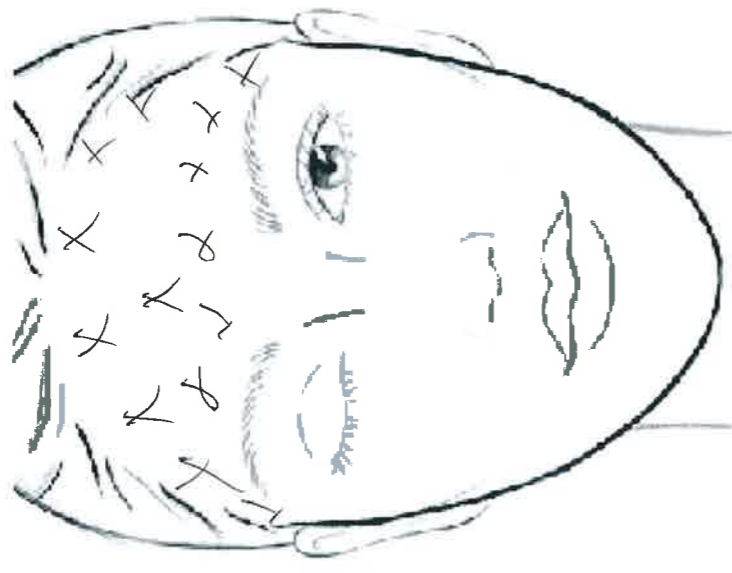
Date

..... / /

رَبِّح

..... / /

Patient's Name: *Angel Keyevanion* اسم المريض
 File Number: رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No 1002943



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	25/9/19	21/12/19	2/7/20			
Treatment Area	forehead	Same	forehead			
Hair Type	thick 1D	Thick / Med	thick 1D			
Mode	ALEX	Alex	Alex do			
Fluence	120ms	Alex	Alex do			
Pulse Type		85/15ms	85/15ms			
CNT Pulse						
Passes	1					
Starting Time	1:15pm	6:30pm	9am			
Finish Time						
Post Treatment	Handed	H/RUDOID	Handed of			

Therapist Name and Signature *Handed*

REDAD DATA

cAeAIOEBAA83ODQxO

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	Angel,,,Keywanian	IDN:	784199381598632	Mother Name:	
Name (Ar)	انجيل,,,كويتيان	Card Number:	093101029	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	ARM	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	ارمنيا		
Issue Date:	12/02/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	09/02/2021	Date of Birth:	20/09/1993	Sponsor Name:	هاروت وانيس قلايحي
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	04168299
Residency Type:	03	Residency Number:	20120123212327	Residency Expiry:	09/02/2021
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

9/25/2019



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005191)

Date:25-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002943 - ANGEL 0 - 971567468816

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

By Cash 52.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-09-2019

Being LASER FORHEAD + 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 : 1002943 - ANGEL 0 - 971567468816

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009841)

Date:02-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002943 - ANGEL 0 - 971567468816

The sum of Dhs. **Fifty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **52.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **02-07-2020**

Being **forehead + 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 : **1002943 - ANGEL 0 - 971567468816**

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



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006639)

Date:21-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002943 - ANGEL 0 - 971567468816

The sum of Dhs. **Fifty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **52.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 21-12-2019

Being **FOREHEAD 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 : 1002943 - ANGEL 0 - 971567468816

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