



File No: 1002950

Date: 25/9/2019

Date: 25/9/2019 File Number: 1002950
Patient Name: Hala Fawad El-Zakher اسم المريض: هاله... د. ف. المذكير...
Date of Birth: 17/12/1990 Gender: M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): متزوج
Nationality: Egyptian (الجنسية): مصرية...
Address: (العنوان): ...
E-MAIL: hala@fids-law.ae How did you know about us: ...

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



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 وأسبح للطبيب بملاح حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و العمل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج 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 والعلاجات اللازمة والمطلوبة بحكم خبرته المهنية والعلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاج والإجراءات الطبية أو التجميلية المقامة لي، كما أتفهم الأخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار والمضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية والجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية والعلاجية والجراحية 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 وأن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية والتاريخ الطبي الذي قمته لدي فسخي للملف صحيحة. و أتفهم أن اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار وأن 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 (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (Kg):	Kg	الطول (الرجل):	cm	مجموعة الدم (Blood Type):
النبض (النبض):	ppm	ضغط الدم (مسط الدم):	/	سكر الدم (Blood Sugar):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History	
الحساسية: Allergies	
الأدوية: Medications	
الحمل: Pregnancy	
عمليات سابقة، Hospitalization عمليات سابقة، Hospitalization	
التدخين: Smoking : Y / N	أدوية العقاقير: Drugs : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO'

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	Hala,Fouad,Elzaker,Mohamed,Elmasrawy	IDN:	784199090987464	Mother Name:	
Name (Ar)	هاله فؤاد الزكركي محمد المصراوي	Card Number:	092059792	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	06/12/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	26/08/2020	Date of Birth:	17/02/1990	Sponsor Name:	اكرم تاج حامد محمد الصوري
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	42181233
Residency Type:	03	Residency Number:	20120173609872	Residency Expiry:	26/08/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

9/25/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005201

Date: 25-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002950 - HALA FOUAD - 971581733171

The sum of Dhs. Five Hundred Twenty Five Only

By Cash 525.00 / 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 BIKINI PKG 1000 + VAT

Made 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
www.omc1.ae



precisely Kindly Answer the following questions

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type <input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة التسمير <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عدمية التسمير <input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة التسمير <input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة التسمير
Have you ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدرية؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا البسيط 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 Hydroquenon on Site? Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بنشف أو كي 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 أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها لبشرتك حالياً؟
What products you are using for your skin recently?	هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	للسيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	

أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.

أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.

أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.

أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.

أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.

أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.

أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.

أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.

أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.

أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.

أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.

أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.

أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.

أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.

أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.

أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.

أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
أنا
تأ اوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 250.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006132)

Date:25-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002950 - HALA FOUAD - 971581733171

The sum of Dhs. **Two Hundred Fifty 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 **250.00**

Bank: Cheque No.

Date: 25-11-2019

Being

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 : 1002950 - HALA FOUAD - 971581733171

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006131)

Date:25-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002950 - HALA FOUAD - 971581733171

The sum of Dhs. **Five Hundred Twenty-Five 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 **525.00**

Bank: Cheque No.

Date: 25-11-2019

Being

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 : 1002950 - HALA FOUAD - 971581733171

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 800.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006130)

Date:25-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002950 - HALA FOUAD - 971581733171

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

By Cash **25.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **775.00**

Bank: Cheque No.

Date: 25-11-2019

Being **6 SESSION BIKINI + 6 SESSION UNDER ARMS + 6 SESSION FACE + 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 : 1002950 - HALA FOUAD - 971581733171

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-005815

RECEIPT VOUCHER

AED 775.00

Date: 03-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002950 - HALA FOUAD - 971581733171**The sum of Dhs. **Seven Hundred Seventy Five Only**By Cash **775.00** / 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 6 SESSION BIKINI UNDER ARM AND FACE + VAT BALANCE 25**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