



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 8/10/19

Date: ... / ... /

File Number: 1003035

Patient Name: Hajjar Alwan

اسم المريض: هاجر علوان

Date Of Birth: 11/7/1

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: (الجنسية):

Occupation: (الوظيفة):

Address: (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 0561801223

E-MAIL:

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
Medical Condition الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟		لا
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟		
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes	
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 مميعات للدم؟		
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر 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 هل تعاني من أي أمراض أخرى؟		
HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc		



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 بمعالجة حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المفضل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأشمل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في القمص 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 لتتاج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام 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 قدمت لي ففحي اللغف صحيحة و أتفهم 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 (من هم دون السن القانونية):


التاريخ: ١٤٤٠... هـ

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 الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ابحال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

خطة العلاج Treatment Plan

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME: Hajir. FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
9-10-2014	consultation of veneers & crystal			D. Amira
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p> د. اميرة حسن Dr. Amira Hassan ممارس عام - طبيب اسنان عام G.P General Dentist ترخيص رقم: D57286 مركز اوركيذ الطبي Orchid Medical Centre </p> </div>			
2/11/2019	dysport (0.45)		800	
	next app: 9/11/20 because Pt will travel			
28/12/2019	PRP + Biotin P: Mic-RING + Phial ACM sh			
	next app: 29/1/2020			
28/12/19	hAR Biken + (J.A (Deka)			
31-12-2019	2 composite filling scaling			

29/1/20 - LAR Red Biken, VA
 24/02/20 - hAR U.A + Biken (Deka)

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	Hajir Alwan,Hussein,,Alkswani	IDN:	784197174929329	Mother Name:	
Name (Ar)	هاجر علوان حسين,, الكسواني	Card Number:	091588780	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRQ	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	العراق		
Issue Date:	04/11/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	31/10/2021	Date of Birth:	01/07/1971	Sponsor Name:	حسن علي حيدر الشمري
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	33611759
Residency Type:	03	Residency Number:	30120153048037	Residency Expiry:	31/10/2021
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

10/8/2019

ورقة الموافقة على البوتكس

التاريخ: 2/11/2017

أنا السيد/السيدة هيام علي أؤكد بأنه تم شرح لنا كيفية العلاج باستخدام البوتكس وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه كحال جميع الادوية البوتكس قد يحتوي على آثار جانبية. هذه الردود العكسية قد تكون متعلقة بالعلاج، إما بسبب المنتج أو الفرد، لكن بشكل عام هذه المضاعفات قد تحدث في الأيام الأولى التي تتبع يوم الحقن وتكون بشكل مؤقت. معظم الحالات التي تم تسجيلها تكون بدرجة معتدلة إلى خفيفة. كما هو متوقعة بعد الحقن سوف يكون هناك شعور بالألم وحرق وتيبس وتورم ووزراق.

من الآثار الجانبية الشائعة التي من الممكن حدوثها: صداع، زغللة، احمرار، تراخي بعضلات الوجه وألم في الوجه.

من الآثار الجانبية الغير شائعة: التهاب، غثيان، تمييل، التهاب في الجفن، ألم في العين، عدم رؤية واضحة، جفاف في الفم، تيبس الشفاه، تورم في الوجه وحول العين، حساسية ضد الضوء، تشنج بالعضلات، أعراض الانفلونزا، ضعف وحرارة.

الآثار الجانبية التالية قد تكون نادرة: حكة، طفح جلدي، قشعريرة، أنواع مختلفة من الطفح الجلدي الأحمر، حساسية قوية (تورم وتحديدا في الوجه والمجرى الهوائي مما يسبب صعوبة بالتنفس)، هبوط الحاجب أو الجفن، سماع طنين بالأذن وقلة السمع، حساسية في صعوبة البلع والتنفس والكلام.

لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 4 إلى 6 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح. إنني أفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا أفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور أو الوصف المرفق

نعم لا

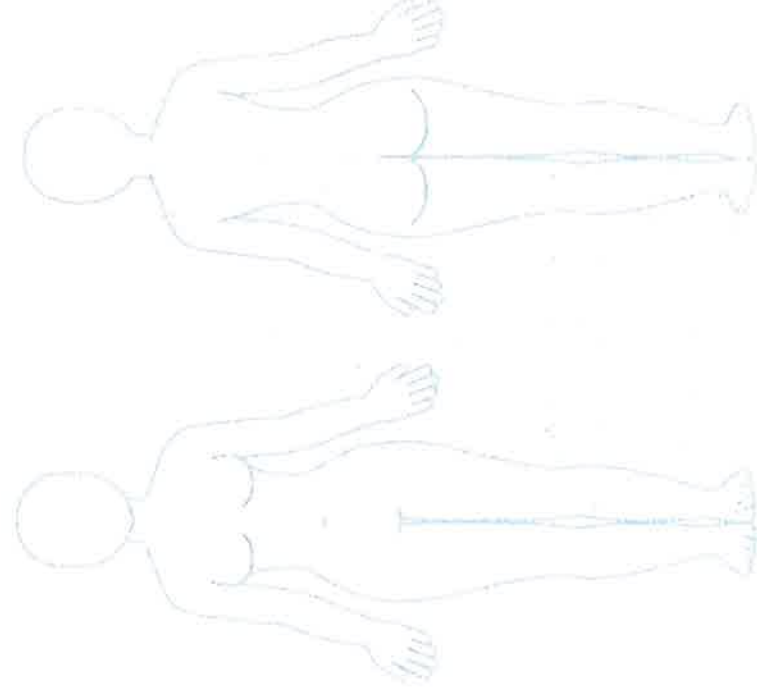
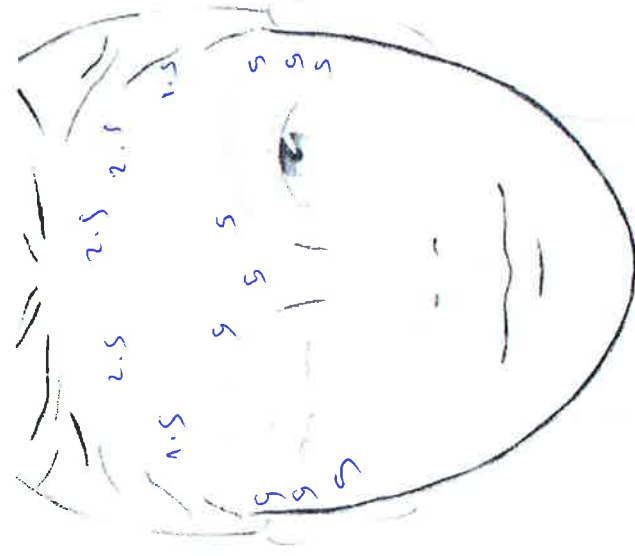
التوقيع: 

اسم المريض: هاجر علاوان

التوقيع: 

اسم المعالج: DR WESAM

2/11/2019



Filler Injection Log

Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

Botox Injection Log

Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1			
Session 2			
Session 3			
Session 4			
Session 5			

Doctor's Name and Signature

.....



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 840.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005803)

Date: 02-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003035 - HAJAR 00. - 971561801223

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

By Cash **840.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 02-11-2019

Being **BOTOX + VAT**

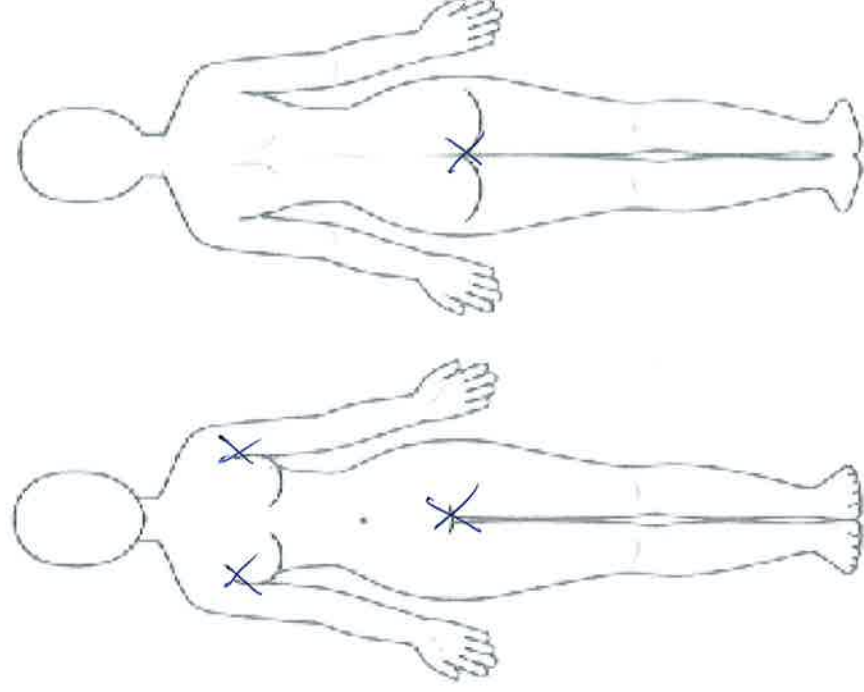
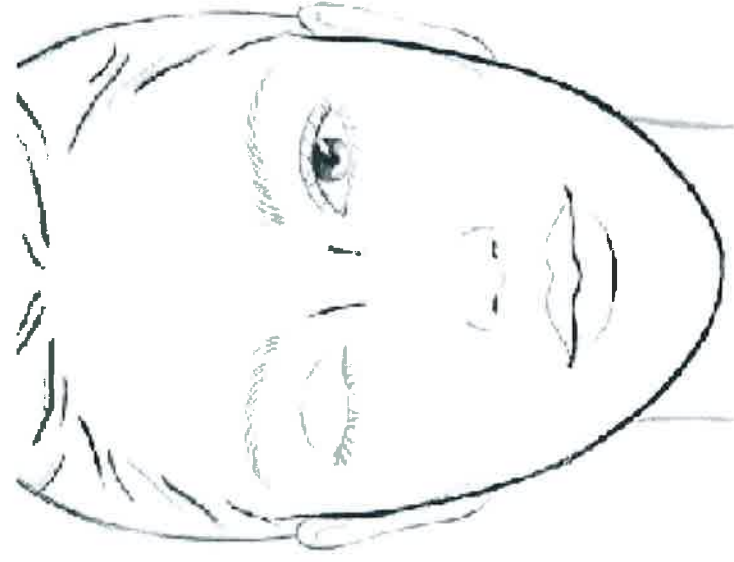
Made by **Rana**

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 : 1003035 - HAJAR 00. - 971561801223

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

Patient's Name: Hajin alwan
 File Number:
 Pain Relief given? Yes / No
 اسم المريض:
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	28/12/19	24/1/20	24/2/20			
Treatment Area	UA + Biliw	UA + Biliw	Same			
Hair Type						
Mode	NDYAG	Yag (16)	NDYAG:16			
Fluence		165/115	UA-183/10ms			
Pulse Type	165/15ms	UA 4 Biliw	Biliw - 17/10.5ms			
CNT Pulse						
Passes		1 pass				
Starting Time	2: pm	5 pm	12:30 pm			
Finish Time			11:00 am			
Post Treatment	HRWDOD	HRWDOD	HRWDOD			

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006761)

Date:28-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003035 - HAJAR 00. - 971561801223**

The sum of Dhs. **Seven Hundred Thirty-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 **735.00**

Bank: Cheque No.

Date: **28-12-2019**

Being **PRP WITH BIOTIN + 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 : **1003035 - HAJAR 00. - 971561801223**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,160.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006758

Date: 28-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003035 - HAJAR 00. - 971561801223**

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

By Cash **2,160.00** / 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:

Doing **ADVANCE FOR 3 SESSION PRP WITH BIOTIN + 3 SESSION MESO HAIR + 3 SESSION BIKINI + UNDER ARMS + VAT**
BALANCE 1672.50

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 457.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006834)

Date:31-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003035 - HAJAR 00. - 971561801223

The sum of Dhs: **Four Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **457.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 31-12-2019

Being **SHE MAKE POLISHING + 2 COMPOSITE FILLING + 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 : 1003035 - HAJAR 00. - 971561801223

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,800.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-006838)

Date: 31-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003035 - HAJAR 00. - 971561801223

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

By Cash **300.00** / By Credit Card **3,500.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 31-12-2019

Being **2 theeth implant**

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 : 1003035 - HAJAR 00. - 971561801223

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

NEODENT
IMPLANTE HELIX 01
01 HELIX IMPLANT
IMPLANTE HELIX 01
01 HELIX IMPLANT
IMPLANTE HELIX 01
01 HELIX IMPLANT
194 977 051 156205
3 78x10 mm

305 027 Rev. 10
Reg. AMT/SH 1824462180
230 287 82

NEODENT
IMPLANTE HELIX 01
01 HELIX IMPLANT
IMPLANTE HELIX 01
01 HELIX IMPLANT
IMPLANTE HELIX 01
01 HELIX IMPLANT
194 983 051 156205
4 8x10 mm

305 027 Rev. 10
Reg. AMT/SH 1824462180
230 287 82

Teeth No : UPPER NO (3)
Lower NO (29)

Dr. Muhammed Cetei
المحمدية عتو
Dr. Muhammed Cetei
مركز أوركيد الطبي
G. General Dentist
MOH License No: D17760
Orchid Medical Centre
مركز أوركيد الطبي

محمد عتو الزميل

Tel : +971 6 555 8337, Fax : +971 6 528 8130, E-mail: info@omc1.ae

www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-007331)

Date: 29-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003035 - HAJAR 00. - 971561801223

The sum of Dhhs. Seven Hundred Thirty-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 735.00

Bank: Cheque No.

Date: 29-01-2020

Being 1 SESSION PRP + BIOTIN + 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 : 1003035 - HAJAR 00. - 971561801223

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 690.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007812)

Date:24-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003035 - HAJAR 00. - 971561801223

The sum of Dhs. Six Hundred Ninety 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 690.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-02-2020

Being 1 session prp + biotin + 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 :1003035 - HAJAR 00. - 971561801223

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