



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: / /

Date: 9/10/19... File Number: 1003040...  
Patient Name: Hitish Kamwath...  
Date Of Birth: 04/06/84 Gender: M / F Marital Status: Married  
Nationality: Indian Occupation: .....  
Address: Muna Road Phone No. (رقم الهاتف): 0556679423  
E-MAIL: hitish.kamwath@gmail.com How did you know about us: Internet-

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	—	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	—	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	—	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	لا	Lipoma Caesarian
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)	—	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، 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	—	



### 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: 9/10/19

### نموذج اقرار طبي

- أوافق وأسبح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي بالعلاج الأشمل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمور مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفرض 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 لتفادي العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات 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 قدمت لي نفسي للملف الصحية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر ان 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: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نمىة الدم):	
Pulse (النفس):	ppm	Blood Pressure (نمف 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 ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظم العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....





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 الاحترق , قليلة الاسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار <input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار <input 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 جيرة؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/اليسوتريونين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquinone 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 بتفك أو كي أو إزالة الشعر بالشع في منطة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? ..... Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?.....	ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حاليا؟.....
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant? Yes / No	لل سيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

I, Huda Kawwal..... hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Sharjah 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 tr "ternative 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 Huda Kawwal

Date 9. 10. 2019

أنا Huda Kawwal..... أقدم بالتصريح بأنني أتوجه إلى مركز أوركيد الطبي لاستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر غير المرغوب به في منطقتي. أنا أفهم أن أشعة الليزر تنتج طبقا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم صاها في الأصباغ الموجودة في بصيلة الشعر لتعمل قدرتها على إنهاء الشعر. أفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالشمع والتفك والكريمات وإزالة شعر بالشع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

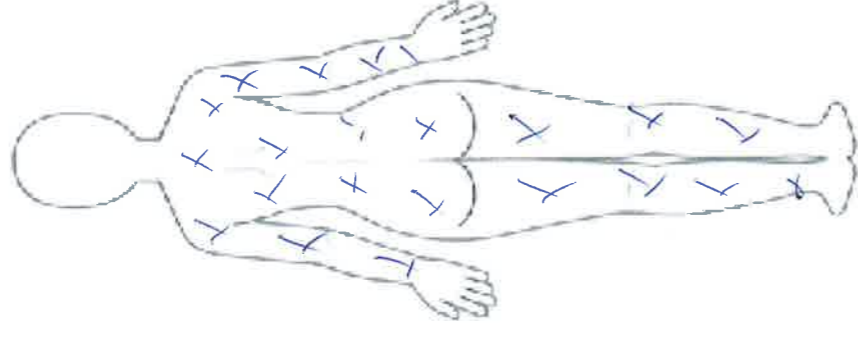
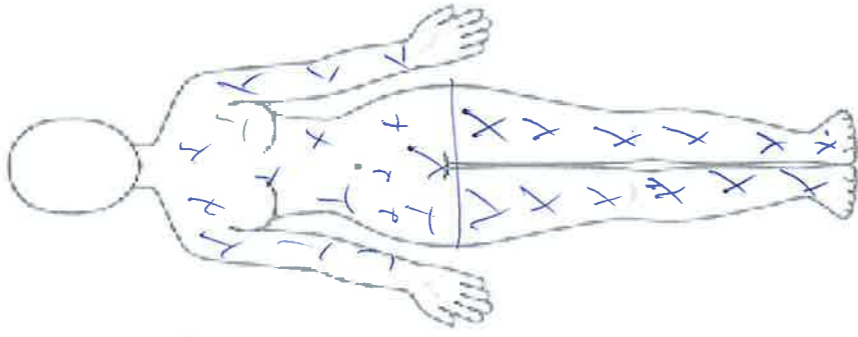
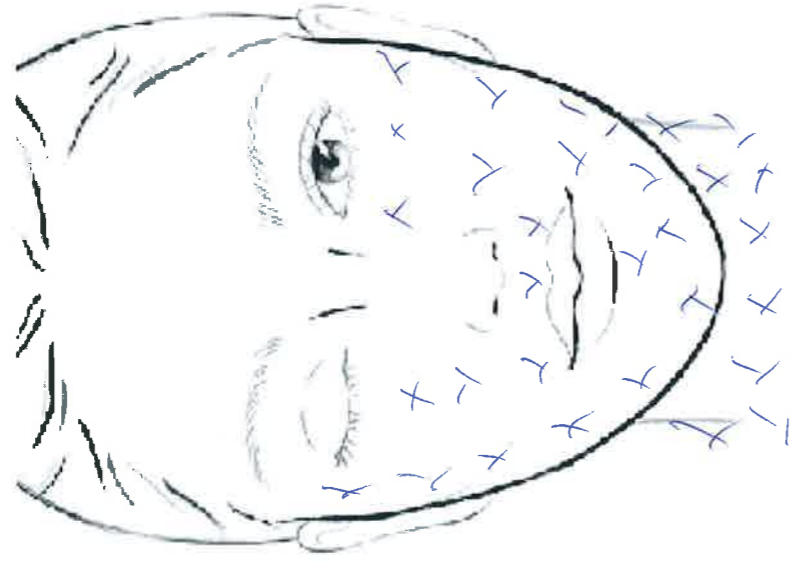
بأنني قد تلتقت التعليمات التالية:  
: يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.  
يجب تقادي إزالة الشعر بالشع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.  
لوشوم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.  
يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات و المساسية و نوع البشرة لإشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.  
هم أنه برغم التغيير الذي قد ألمحظه 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 و نقرات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. نقص زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.  
أنه قد أتيتحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و ت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت القائمة عشر من عمري و حصلت ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

سم و التوقيع .....

تاريخ ..... / ..... / .....

Patient's Name: Hleeh karwooo اسم المريض:  
 File Number: ..... رقم الملف:  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No  
 Pain Relief given? Yes / No Pretreatment photography taken? Yes / No

10030401



Yaq abay warkuu

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	5/11/19	11/12/19	22/1/20	23/2/20	10/6/20	21/7/20
Treatment Area	Full body + M/S/Dark	Full body + M/S/D	full body	Full body	full body	full body
Hair Type	M/S/Dark	M/S/D	M/Hair	thin ID	Soft ID	Soft ID
Mode	DPI, FDP	DPI	Ncl gay	ND 100	ND 100	Atex 20
Fluence	187/6/6	20-22	(20)	17 J/15ms	16-17/15ms	S-6/10ms
Pulse Type	SH	Burst	full body	17 J/15ms	120/20 Mr	S-6/10ms
CNT Pulse			4205		1 pass	1 pass
Passes	2	2 passes	14-16	1 pass		
Starting Time	10:45 am	2 passes	10-12:5			
Finish Time	12:30 pm	3:30 pm	Bikini 10:45		4:30 pm	bikini 5/12 ms
Post Treatment	Mixed	59 m	18 J/23ms	Handaid		HZ-4
	Becc	Full front 2 bikini	Handaid			
		Pending				

Therapist Name and Signature .....

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	Hitesh,,,Kanwar	IDN:	784198409817172	Mother Name:	
Name (Ar)	هيتش,كانوار	Card Number:	094185623	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IND	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الهند		
Issue Date:	19/04/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	14/04/2022	Date of Birth:	04/06/1984	Sponsor Name:	فليهاف بيستكرمار سوماني
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	18658004
Residency Type:	03	Residency Number:	301201130007545	Residency Expiry:	14/04/2022
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

10/9/2019





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

## 1 Year Laser Hair Removal Treatment agreement

Patient Name: Hitesh Kanwar File No: 1003040

Agreed Machine:  Deka Air Cooling  Vikini Diode Laser with Gel

Package Price:  AED

Date: 5 / 11 / 19

I am Hitesh Kanwar agreed to purchase a one year laser hair removal treatment package as per the below terms:

- Package includes up to 12 Sessions one monthly for one year.
- Package sessions are valid for appointments within one year only from the first session date only (any appointment after that is not considered in the package and will be paid separately)
- Any Booked and Non attended appointment for session it will be considered as done and will not be redeemable.
- Any Paid Amount is non-refundable under any reason or term.
- In Case of changing appointment booking shall inform orchid medical center before at least 48 hours from appointment date.

Name: Hitesh

Signature: Hitesh Kanwar



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 6,195.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005832)

Date:05-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003040 - HITESH KANWAR - 971556679423

The sum of Dhs. **Six Thousand One Hundred Ninety-Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **6,195.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 05-11-2019

Being **FULL BODY PLUS PKG 1 YEAR + 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 : 1003040 - HITESH KANWAR - 971556679423

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

*Rana*



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 577.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006146)

Date:25-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003040 - HITESH KANWAR - 971556679423

The sum of Dhs. **Five Hundred Seventy-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **577.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 25-11-2019

Being **MESO FACE + NOSE PEEL + 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 : 1003040 - HITESH KANWAR - 971556679423

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e – mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**