



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 5/10/19

Date: ... / ... / File Number: 1003088

Patient Name: Huda Yahya اسم المريض: حويدة حبيب

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 24/1/2000 Gender (الجنس): M (F) Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): Saudi Nationality (الجنسية): Saudi

Address (العنوان): 900009 Phone No. (رقم الهاتف): 900009

E-MAIL: How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟	—	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	—	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	—	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	—	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	—	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميحات للدم؟	—	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	—	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	—	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من اي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	—	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	—	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى	—	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، اي امراض معوية اخرى؟	—	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو اي امراض في الجهاز العصبي؟	—	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	—	
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	—	

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 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 الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في الفحص 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 اي ضمانات او تأمين لتتاجع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية 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 الي 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمته لدي ففصي الملف صحية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما لا يمكن الاطلاع عليها بدون 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg	Height (الطول): cm	Blood Type (مصلحة الدم):
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (ضغط 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 ، ايجال المستشفى

Smoking (التخين) : Y / N

Alcohol (الكول) : Y / N

Drugs (عقاقير) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

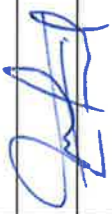


خطة العلاج Treatment Plan

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
27/10/19	<p>REF: 189 958 335 287 82</p> <p>NEODENT 335 027 Rev. 16</p> <p>LOT: 88828311 4.3x11.5 mm</p> <p>REF: 189 949 335 287 82</p> <p>NEODENT 335 027 Rev. 16</p> <p>LOT: 88819277 4.3x18 mm</p>	3800		
29.10.2019	<p>REF: 189 983 335 287 82</p> <p>NEODENT 335 027 Rev. 16</p> <p>LOT: 88828745 4.3x11.5 mm</p> <p>REF: 189 958 335 287 82</p> <p>NEODENT 335 027 Rev. 16</p> <p>LOT: 88828311 4.3x11.5 mm</p>			
	Bone Expansion procedure Done with Implant placement #5 (4.3 X 11.5)	5100		
	Implant # 30 (4.0 X 10)			
	28.11.2019 Carbon Laser			
	11/12/2019: NEVUS on nose Plan: Cauteary			
5/1/20	Full body Plas. (Deleg) HR			

د. و. وسام مروان التبياع
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 اختصاصي جراحية
 Dermatologic and Plastic specialist
 MOH License No. 1526
 مركز أوركيد الطبي
 Orchid Medical Center

د. و. وسام مروان التبياع
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 اختصاصي جراحية
 Dermatologic and Plastic specialist
 MOH License No. 1526
 مركز أوركيد الطبي
 Orchid Medical Center

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	Huda, Yahya, Mahmood,, Alsaymari	IDN:	784199141093742	Mother Name:	Maleha
Name (Ar)	هدى يحيى محمود السيمري	Card Number:	092466531	Mother Name (Ar):	ملحيه
Title:		Nationality:	DMA	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الدومينيكا		
Issue Date:	06/01/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	19/06/2020	Date of Birth:	07/02/1991	Sponsor Name:	علاء حسن على القياض
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	56410907
Residency Type:	03	Residency Number:	30120173013538	Residency Expiry:	19/06/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

10/15/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,800.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005676)

Date:27-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003088 - HUDA 0 - 971505524974

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

By Cash 3,800.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 27-10-2019

Being 2 DENTAL IMPLANT

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 : 1003088 - HUDA 0 - 971505524974

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,800.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005706)

Date:29-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003088 - HUDA 0 - 971505524974

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

By Cash 4,800.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 29-10-2019

Being 2 DENTAL IMPLANT + EXPAND BONE

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 : 1003088 - HUDA 0 - 971505524974

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005707

Date: 29-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003088 - HUDA 0 - 971505524974**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:

:ing **ADVANCE FOR ONE CROWN 300 OR 400 + 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 115.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005823

Date: 04-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003088 - HUDA 0 - 971505524974

The sum of Dhs. **One Hundred Fifteen Only**By Cash **115.00** / 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 DENTL CROWN + 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**



NEODENT
REF: 189 983
LOT: 800359745
SIZE: 4 8x10 mm

335.027 Rev. 16
Reg. #NUTSA: 18344428188
335 287 82

Implants For
Tooth NO:

NEODENT
REF: 189 989
LOT: 800359745
SIZE: 4 3x11.5 mm

335.027 Rev. 16
Reg. #NUTSA: 18344428188
335 287 82

30

5

14

19

NEODENT
REF: 189 989
LOT: 800359745
SIZE: 4 3x11.5 mm

335.027 Rev. 16
Reg. #NUTSA: 18344428188
335 287 82

NEODENT
REF: 189 949
LOT: 800349277
SIZE: 4 3x10 mm

335.027 Rev. 16
Reg. #NUTSA: 18344428188
335 287 82

[Handwritten signature and date 11/12/2019]

مستعمل لينة
الاصليه



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-005967

RECEIPT VOUCHER


AED 1,000.00

Date: 14-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003088 - HUDA 0 - 971505524974

The sum of Dhs. **One Thousand Only**By Cash **1,000.00** / 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:

 1g advance 6 sessions bikini and 6 sessions axilla and 6 sessions full legs + vat balance 1100

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


www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 600.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006066

Date: 21-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003088 - HUDA 0 - 971505524974

The sum of Dhs. **Six Hundred Only**By Cash **600.00** / 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:

Receiving **ADVANCE FOR 4 SESSIONS CARBON 150 *4 + 2 SUPER FACIAL 400*2 + VAT BALANCE 870**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.aewww.omc1.ae



precisely Kindly Answer the following questions

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 type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدر؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا بسيط 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/ الإيسوترينونين 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 الهيدركوينون 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 بالشمع في منطة العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? No	هل كانت اخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?	ماهي المنتجات التي تستخدمونها / تستخدمها لبشرتك حالياً؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

I 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 th ernative 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

...../...../.....

رَبِّحْ

...../...../.....

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

أفهم أن أشعة الليزر تنتج طبقاً من الضوء الذي يترك طاقة ذات طول موجي معين يتمصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر تعمل قدرتها على إتمام الشعر.

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

بأني قد تلتفت التعليمات التالية:

يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل وبعد العلاج. يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب ٦ أسابيع على الأقل.

لوشوم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات والمساحية ونوع البشرة

لأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من

لتعرض الشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

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

وصول على النتيجة المطلوبة.

عراض الجانبية

تتضمن الأعراض الجانبية استمرار البثرة بما يشبه الحروق. ومن الممكن حدوث بعض التورم و

نقعات. وهذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. نقص

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

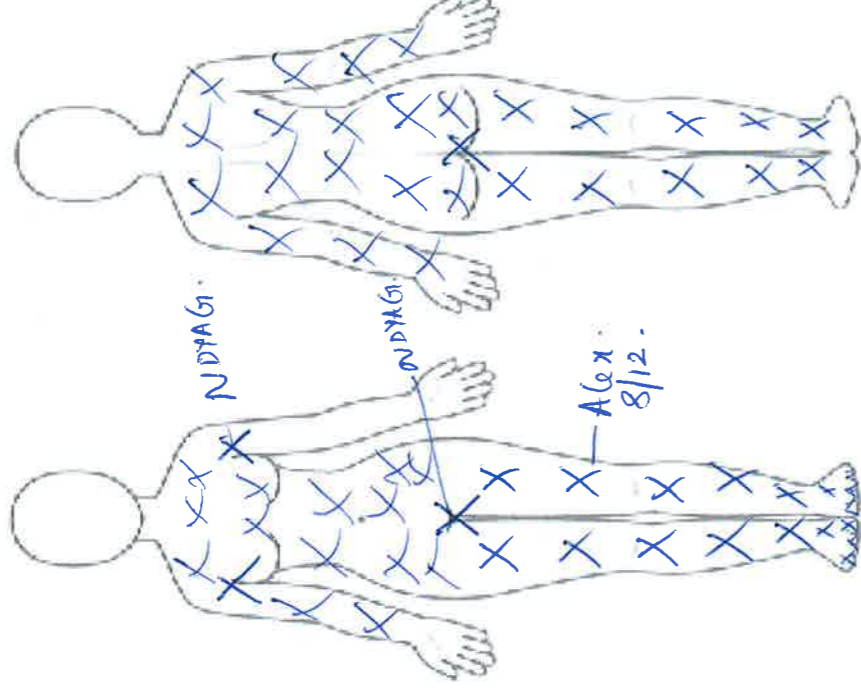
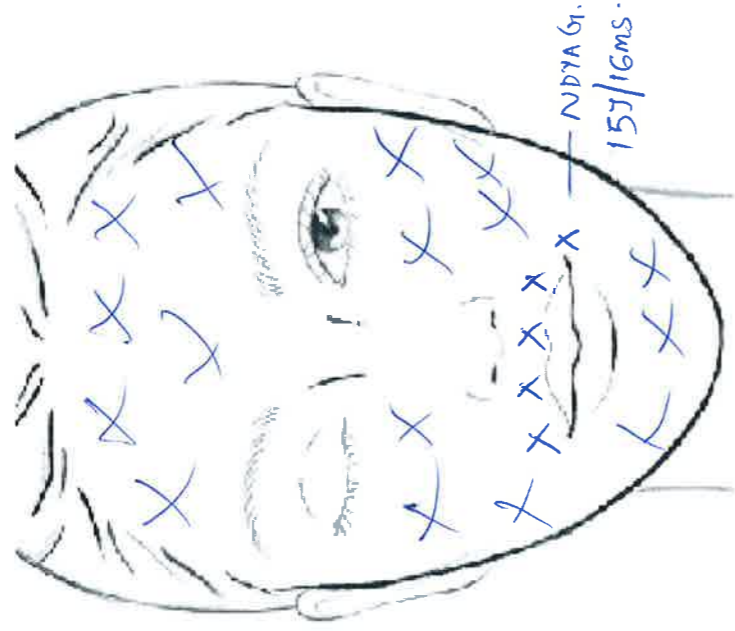
شمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أنة قد أتيتحت لي الفرصة للاستفسار وتوجيه الأسئلة الى المعالج المختص وأني قد قرأت و

تحت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي. وأني تجاوزت الثامنة عشر من عمري او حصلت

ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

Patient's Name: Hoda Yahia: اسم المريض
 File Number:: رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No: مسكن
 Evaluation and consent form completed? Yes / No: تقييم
 Pretreatment photography taken? Yes / No: صور قبل العلاج



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	21/11/19	5/1/19				
Treatment Area	U-L + U-A + Bikini + full body + full legs	Alex				
Hair Type						
Mode		8-9J/9-5ms				
Fluence		Alex - 8J/12ms - 20mm				
Pulse Type						
CNT Pulse		NDYAG-U-A				
Passes		- 14J/18ms - 14J/20ms				
Starting Time		Bikini - 14J/20ms - 1 Pass				
Finish Time		5:15pm - 6:30pm				
Post Treatment		FUCICOR				

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,100.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006122

Date: 24-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003088 - HUDA 0 - 971505524974**

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

By Cash **1,100.00** / 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 DENTAL TREATMENT**


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

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

جهاز Q-Switch Laser أنا  بتقويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لاجراء العلاج باستخدام

ليزر ال  التقشير الكرويي يستخدم لوشن الكرويي يتبعه التقشير بالليزر هو احد الإستجابات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشوذن الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها المرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، احمرار الجلد، إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تتبع الحبوب، توسيع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معصهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مرآة كل 3-6 اشهر.

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكرويون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بالإضافة لوشن الكرويون مما يستهدف الأصبغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف وزيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الاضافر(الوضع A)

. بئر إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإبتعمال للعلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوتريتينوين (الأكروتان) خلال ال6 اشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

. الأمراض الجلدية والإتهابات و الاورام الجدية السرطانية في منطقة العلاج.

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإنز و التهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(كون الندوب الجلدية)

. التهاب.

أفهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجحة ان تتحقق بعد الجلسة الأولى، ولا يتضمن الطبيب رضائي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الى انهاء خطة العلاج، و انا أفهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي للليزر وتطبيقي للعمليات ما قبل وما بعد العلاج. وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبيشرة التي شرحت لي بالكامل.

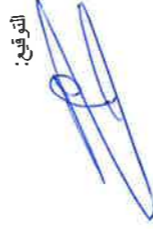
أفهم ان كما هناك منافع للاجراء المطلوب، أفهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الانتقام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

أفهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت، تأثيرات مشابهة لتأثيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الى عدة ايام فقط، تغيرات صبغية (بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الى ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكّة، الحكة، التهاب، ندوب او انتفاخ.

أشعأ الليزر قد تسبب ضرورا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية أثناء العلاج . وعلي ايضا ابقاء عيادي مغلقا أثناء العلاج. أقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات التخدير.

لقد تم شرح العلاج بكامل فوائده ومضاعفاته المحتملة وقد تمت الإجابة على جميع اسئلتني وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التوقيع:



التاريخ:

اسم المريض/ولي امر المريض:



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,000.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006560

Date: 17-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003088 - HUDA 0 - 971505524974**

The sum of Dhs. **Four Thousand Only**

By Cash **4,000.00** / 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 VENEERS + CROWN + 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 1,500.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006661

Date: 22-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003088 - HUDA 0 - 971505524974**

The sum of Dhhs. **One Thousand Five Hundred Only**

By Cash **1,500.00** / 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 DENTAL TREATMENT**

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 3,000.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006538

Date: 15-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003088 - HUDA 0 - 971505524974**The sum of Dhs. **Three Thousand Only**By Cash **3,000.00** / 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 DENTAL TREATMENT**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 7,200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006910)

Date:05-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003088 - HUDA 0 - 971505524974

The sum of Dhs. Seven Thousand Two Hundred 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 7,200.00

Bank: Cheque No.

Date: 05-01-2020

Being 14 VENEERS * 800 + 8 ZIRCON CROWN * 800+ VAT DISCOUNT 1100 FROM DR

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 : 1003088 - HUDA 0 - 971505524974

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006911)

Date:05-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003088 - HUDA 0 - 971505524974**

The sum of Dhs. **Four Thousand 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 **4,000.00**

Bank: Cheque No.

Date: **05-01-2020**

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 : **1003088 - HUDA 0 - 971505524974**

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



مركز أوركيديك الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,500.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006912)

Date:05-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003088 - HUDA 0 - 971505524974

The sum of Dhs. One Thousand Five Hundred 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 1,500.00

Bank: Cheque No.

Date: 05-01-2020

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 : 1003088 - HUDA 0 - 971505524974

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006913)

Date:05-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003088 - HUDA 0 - 971505524974**

The sum of Dhs. **Three Thousand 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 **3,000.00**

Bank: Cheque No.

Date: **05-01-2020**

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 : **1003088 - HUDA 0 - 971505524974**

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



مركز أوركيدي الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 800.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006914)

Date:05-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003088 - HUDA 0 - 971505524974

The sum of Dhs. Eight Hundred 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 800.00

Bank: Cheque No.

Date: 05-01-2020

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 : 1003088 - HUDA 0 - 971505524974

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,500.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006836

Date: 31-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003088 - HUDA 0 - 971505524974**

The sum of Dhs. **One Thousand Five Hundred Only**

By Cash **1,500.00** / 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 SESSION BY OFFER 4900 + VAT SHARED WITH FRIEND INAS**

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