



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: / /

Date: ... / ... / 30-10-19

File Number: 10031915

Patient Name: A.W.A

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 18/7/91 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality (الجنسية): PAKISTANI

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): A. J. 107, 7, 7, 7

Phone No. (رقم الهاتف): 03009984277

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 الإجابة نعم أذكر بالتفصيل |
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟ | Yes | colestrol |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستروريدات أو مثبطات للمناعة؟ | 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 للدم؟ | No | |
| Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لو كيميا (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 تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | No | |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى | No | |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معدية، داء كرون، أي أمراض معدية أخرى؟ | No | |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من أمراض الجهاز العصبي؟ | No | |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟ | No | |
| Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...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 و أسمح للطبيب بمعالجة 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 يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً 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 أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو القرح أو النزيف أو الألم أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم بأحد الأيدي 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 قدمته لدي فتحتي الملف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

| | | | | |
|-----------------|-----|----------------------------|----|--------------------------|
| Weight (الوزن): | Kg | Height (الطول): | cm | Blood Type (نصيلة 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 ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (تخطي الكحول): Y / N

Drugs (تخطي 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 | 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 سابقا 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 Hydeoquenon 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 بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا |
| Did you get exposed to sun or got tanned lately? | هل كانت آخر 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 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 | للسيديات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا |
| Have you done any permanent make up? Yes / No | هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم لليج؟ نعم / لا |

I here by 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 , patient's commitment to precautions before and after sessions and the variation of individual responses to treatment. and I consent that I know all 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

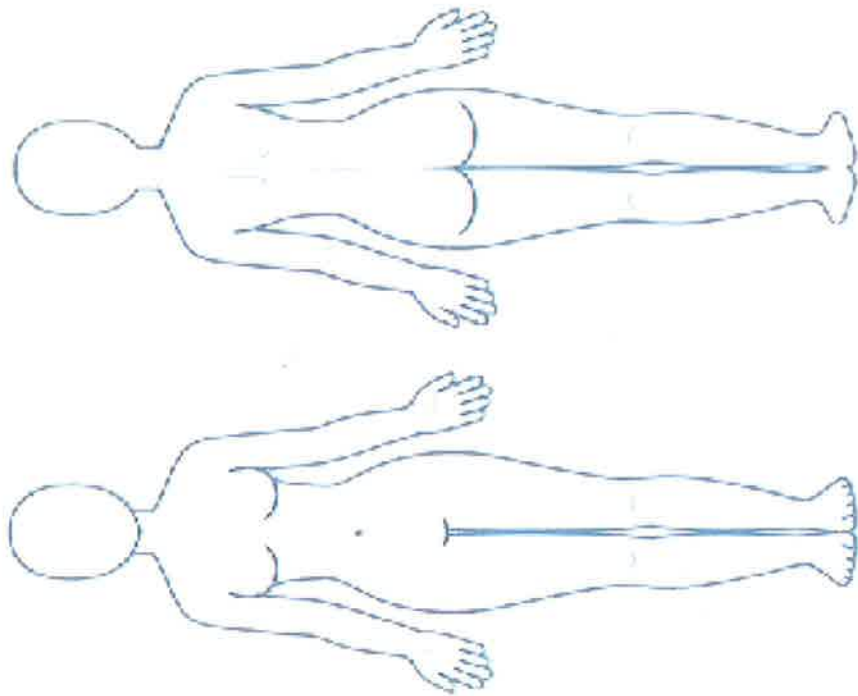
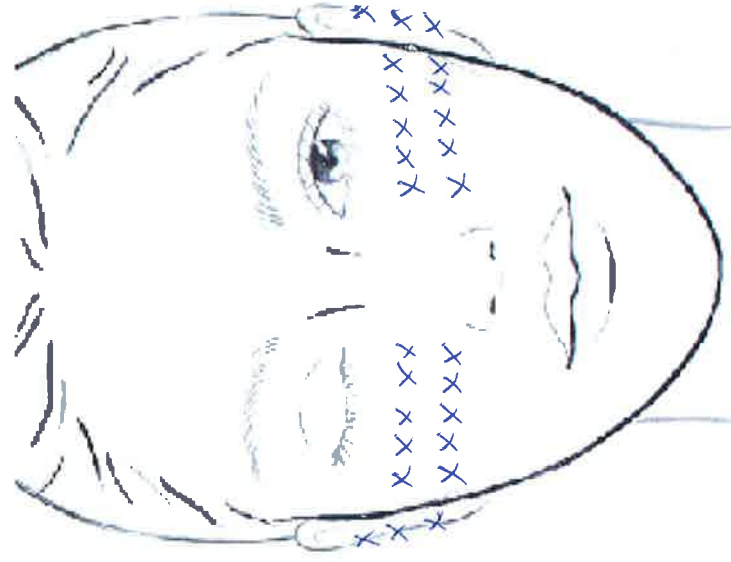
Date ... / ... /

أنا أقدمي إلى تر أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر. أفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم ماصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إثناء الشعر. أفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة. مع و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص لاج. و إني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالشمع و التفتف و الكريما و إزالة شعر بالشمع و الكي و إني اخترت إزالة الشعر بالليزر. بأنني قد تلقيت التعليمات التالية: - يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج. - يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفتف 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 و يشمل ذلك العلاجات و الحساسيات و نوع البشرة - الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من تعريض الشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر. - لم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات وصول على النتيجة المطلوبة. - أعراض الجانبية تتضمن الأعراض الجانبية أحمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و نتفحات. و هذه الأعراض الجانبية ستتلاشى خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة شمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس. أنه قد أتيتحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أني قد قرأت و ت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي. و أني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت ب موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغني السن القانوني.

سم و التوقيع

تاريخ ... / ... /

Patient's Name: Nawar
 File Number: 1003195
 Pain Relief given? Yes / No
 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 | 30/10/10 | 15/12/19 | 08/01/20 | 26/02/20 | 24/3/20 | |
| Treatment Area | Beard line | Same | Same | Same | Same | |
| Hair Type | thick | Med/Thick | Med/Dark | Med/Dark | Med/Salt | |
| Mode | ndyag | NDYAG | NDYAG | NDYAG | NDYAG | |
| Fluence | 20/20 | 16 s pot size | 12J/19ms | 11J/18ms | 15J/18ms | 14J/17ms |
| Pulse Type | | | | | | |
| CNT Pulse | | | | | | |
| Passes | 1 | | | | | |
| Starting Time | 7.40pm | | | | | |
| Finish Time | 7.50pm | 8 pm | 8:30pm | 8 pm | 5:45 pm | |
| Post Treatment | Hirudoid | HIRUDOID | HIRUDOID | HIRUDOID | HIRUDOID | HIRUDOID |

Therapist Name and Signature Rayman

REDAD DATA

CAEAIOEBAA83ODQxO'

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 | Muhammad,Navaz,Ghulam,Hassan | IDN: | 784197936870738 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | محمد،نواز،غلام،حسن | Card Number: | 092139666 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | PAK | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | پاکستان | Sponsor Type: | 06 |
| Issue Date: | 11/12/2018 | Sex: | M | Sponsor Name: | الزمان للنقل البري العام |
| Expiry Date: | 07/12/2020 | Date of Birth: | 01/01/1979 | Sponsor Number: | 00 |
| Marital Status: | 01 | Husband IDN: | | Residency Number: | 07/12/2020 |
| Residency Type: | 02 | Residency Number: | 40120092033198 | Occupation Field: | 00 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 96 | | |



Photo

Signature Image

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

10/30/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005732)

Date:30-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003195 - MOHAMMAD NAWAZ - 971509984277

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.

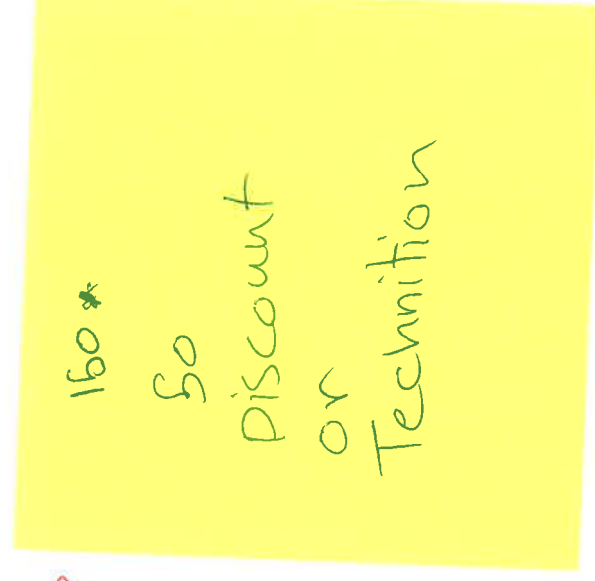
Date: 30-10-2019

Being **HALF FACE (HR) + 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

Confirmed by : 1003195 - MOHAMMAD NAWAZ - 971509984277

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





مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006974)

Date:08-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003195 - MOHAMMAD NAWAZ - 971509984277

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: 08-01-2020

Being **CHEKS + 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 : 1003195 - MOHAMMAD NAWAZ - 971509984277

**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-007872)

Date: 26-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003195 - MOHAMMAD NAWAZ - 971509984277

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: 26-02-2020

Being 1 SESSION CHEEKS + 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 : 1003195 - MOHAMMAD NAWAZ - 971509984277

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-006544)

Date: 15-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003195 - MOHAMMAD NAWAZ - 971509984277

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: 15-12-2019

Being CHEEKS 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 : 1003195 - MOHAMMAD NAWAZ - 971509984277

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

15/12/2019
Rana