



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: ٠٤/١١/٢٠١٩

Date: ٤/١١/٢٠١٩

File Number: ١٥٥٣٢١٥

Patient Name: Manal Moussa Kawaal

إسم المريض: .....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 20/12/1979 Gender (الجنس): M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Nationality (الجنسية): Egypt Occupation (الوظيفة): .....

Address (العنوان): Shady

Phone No. (رقم الهاتف): 050 6379725

E-MAIL: manal.kwaal@yaha.com

How did you know about us: .....

التاريخ الطبي Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم الذكر بالتفصيل
Medical Condition الحالة الطبية		
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	لا	مرض الصرع
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، 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 تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا (نقر الدم)	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 في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
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: HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	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 الطبيب 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 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 لتتائج العلاجات والإجراءات الطبية أو التقييمية المقدمة لي، كما أتفهم الإخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الإخطار والمضاعفات التي قد تكون مصاحبة للخصوصات والإجراءات العلاجية والجراحية.

و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية والعلاجية والجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالتهاب أو القروح 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 قدمته لي قسمي للملف الصحية، و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت وفهمت 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: 11/2014

## استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

### المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نصية الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، أبحاث للمستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تعاظمي العقاقير) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

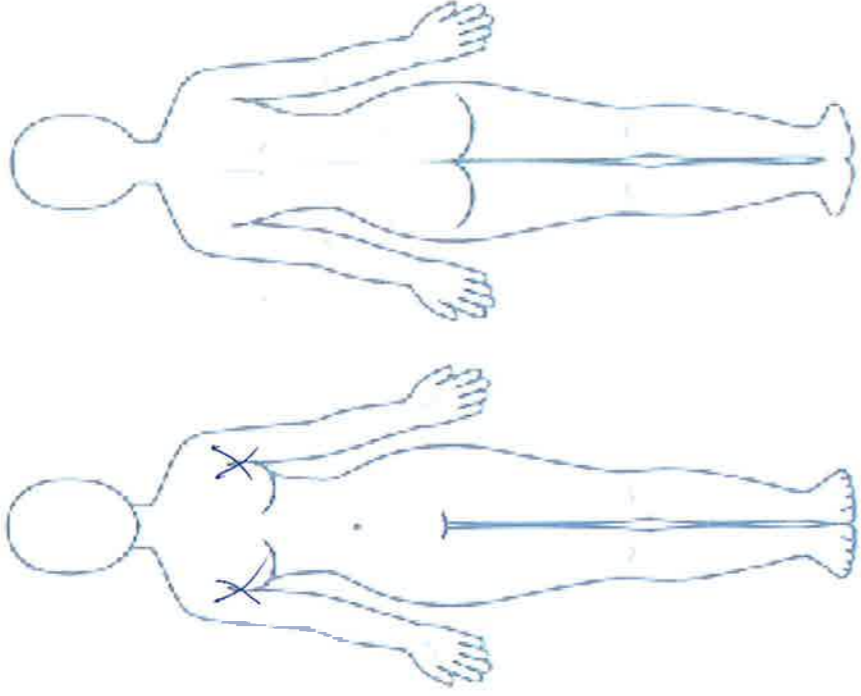
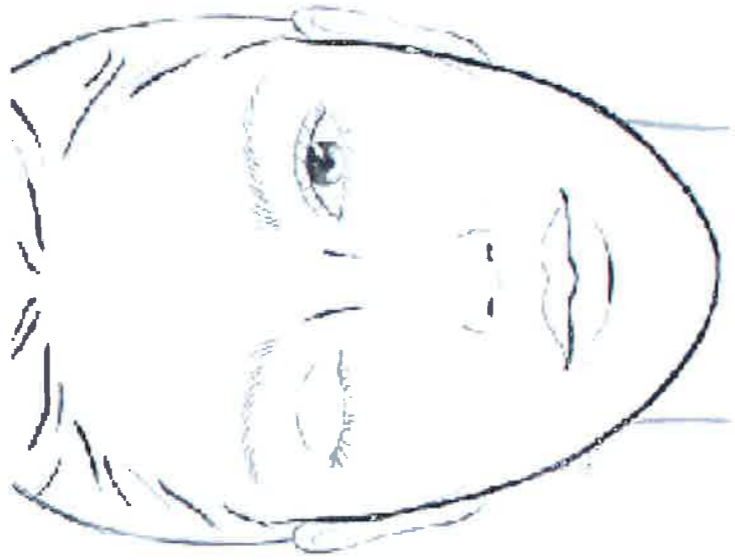
Doctor's Signature and Stamp

.....





Patient's Name: Mareel Mousa إسم المريض:  
 File Number: ..... رقم الملف:  
 Pain Relief given? Yes / No ..... Evaluation and consent form completed? Yes / No  
Pretreatment photography taken? Yes / No  
1603 239



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	4/11/19	6/11/11	10/12/19			
Treatment Area	u ARMS THICK LD	first session full leg	full leg bikini			
Hair Type						
Mode	ND YAG	done bikini	Alex 8/12ms			
Fluence	10 spot	by region				
Pulse Type	20/20ms					
GNT Pulse						
Passes	1		5 pm			
Starting Time	5 pm		5.45 pm			
Finish Time	5.15 pm					
Post Treatment	Hmeda Beatz		Amrdoia			

Therapist Name and Signature .....



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-005825

RECEIPT VOUCHER

AED 1,000.00

Date: 04-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003240 - manal 000 - 971506379725

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:

Being **3 session ( 3bikini +3 axilla +3 full legs) + vat balance 985**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](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



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**

<b>Name</b>	Manal,Moussa,Kamal,,Abokwiek	<b>IDN:</b>	784197820570485	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	منال موسى كمال أبو كويك	<b>Card Number:</b>	092380884	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	EGY	<b>Family ID:</b>	
<b>Title (Ar):</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	مصر	<b>Sex:</b>	F
<b>Issue Date:</b>	27/12/2018	<b>Sponsor Type:</b>	03	<b>Sponsor Name:</b>	ماهر نعيم عبدالرحيم انيب
<b>Expiry Date:</b>	25/12/2020	<b>Date of Birth:</b>	20/12/1978	<b>Sponsor Number:</b>	35200254
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Husband IDN:</b>		<b>Residency Number:</b>	30120143042785
<b>Residency Type:</b>	03	<b>Residency Expiry:</b>	25/12/2020	<b>Occupation Field:</b>	00
<b>ID Type:</b>	IL	<b>Occupation:</b>	99		



Photo

Signature Image

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

11/4/2019