





### 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 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 العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم ضمناً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون بمصاحبة 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 الصساسة
- 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 قسمني الملف صحية. و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون مراقبتي
- 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):

(توقيع)

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

|                 |     |                             |    |                          |
|-----------------|-----|-----------------------------|----|--------------------------|
| Weight (الوزن): | Kg  | Height (الطول):             | cm | Blood Type (نمىة الدم):  |
| Pulse (النبض):  | ppm | Blood Pressure (نمىف الدم): | /  | Blood Sugar (نمىر الدم): |

سبب زيارة المريض للعبارة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، اىخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (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 NAME:

FILE NO#:

| DATE         | TREATMENT   | PAYMENT   | BALANCE | SIGNATURE |
|--------------|---|---|---------|-----------|
| 07/11/19     | LHR full body + (Deba)<br>روان الطباع<br>Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa<br>اختصاص جلدية<br>Dermatology specialist<br>MOH License No.: V826<br>مركز أوركيك الطبي<br>Orchid Medical Center                  | Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa<br>اختصاص جلدية<br>Dermatology specialist<br>MOH License No.: V826<br>مركز أوركيك الطبي<br>Orchid Medical Center |         | Bee       |
| 20/11/2019   | scar on Right forearm after mole laser removal<br>300<br>Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa<br>اختصاص جلدية<br>Dermatology specialist<br>MOH License No.: V826<br>مركز أوركيك الطبي<br>Orchid Medical Center  |   |         |           |
| 27/11/2019   | surgical removal<br>P: Brida<br>next app: after 1 week<br>Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa<br>اختصاص جلدية<br>Dermatology specialist<br>MOH License No.: V826<br>مركز أوركيك الطبي<br>Orchid Medical Center |   |         |           |
| 28/12/2019   | sutures removal<br>P: EMERGENCY<br>Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa<br>اختصاص جلدية<br>Dermatology specialist<br>MOH License No.: V826<br>مركز أوركيك الطبي<br>Orchid Medical Center                        |   |         |           |
| 10/12/19 LHR | full body + (Deba)<br>Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa<br>اختصاص جلدية<br>Dermatology specialist<br>MOH License No.: V826<br>مركز أوركيك الطبي<br>Orchid Medical Center                                     |   |         | Bee       |
| 7.01.20      | T.C.A. 35% Ped<br>for back<br>Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa<br>اختصاص جلدية<br>Dermatology specialist<br>MOH License No.: V826<br>مركز أوركيك الطبي<br>Orchid Medical Center                             |   |         |           |
| 8/1/2020     | fu, peeling, Plan<br>Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa<br>اختصاص جلدية<br>Dermatology specialist<br>MOH License No.: V826<br>مركز أوركيك الطبي<br>Orchid Medical Center                                      |   |         |           |
| 14/1/2020    | LHR full body (Deba)<br>Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa<br>اختصاص جلدية<br>Dermatology specialist<br>MOH License No.: V826<br>مركز أوركيك الطبي<br>Orchid Medical Center                                   |   |         | Bee       |

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO\*

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            | Engy Abdelrahman,,,,,Ahmed Thabet | IDN:              | 784198879586380 | Mother Name:      |                       |
| Name (Ar)       | انجى عبدالرحمن,,,,, احمد ثابت     | Card Number:      | 094430651       | Mother Name (Ar): |                       |
| Title:          |                                   | Nationality:      | EGY             | Family ID:        |                       |
| Title (Ar):     |                                   | Nationality (Ar): | مصر             |                   |                       |
| Issue Date:     | 06/05/2019                        | Sex:              | F               | Sponsor Type:     | 06                    |
| Expiry Date:    | 20/04/2021                        | Date of Birth:    | 14/12/1988      | Sponsor Name:     | العريق لتنظيم الحفلات |
| Marital Status: | 01                                | Husband IDN:      |                 | Sponsor Number:   | 00                    |
| Residency Type: | 02                                | Residency Number: | 20120192270654  | Residency Expiry: | 20/04/2021            |
| ID Type:        | IL                                | Occupation:       | 5141            | Occupation Field: | 00                    |

Photo



Signature Image

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

11/5/2019



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 checked="" type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار                         |
| <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned                   | <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عدم 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 Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No | هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم / لا  |
| Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No    | هل ظهر لديك حلا بسيط أو بشر أو قروحاح في منطقة العلاج ؟ نعم / لا                           |
| Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquenon on Site? Yes/ No   | هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا                  |
| Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No  | هل استخدمت ريشين أو أي منتجات حوض الجلايكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا   |
| Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No              | هل قمت بنشف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منمنة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ 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 وشم / 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 اي عملية إزالة شعر سابقا؟ 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 سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا   |

I ..... hereby 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 , patients commitment to precautions before and after sessions and the variation of individual responses to treatment. and I consent that I know all the 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

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

أقر أنا ..... بصحة... جمال  
مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.

و أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر.

و أتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسة و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و اني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالخلق و التفت و الكريكات و ازالة الشعر بالشمع و الكي و اني اختبرت ازالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تفهيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 اسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تقادي ازالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 اسابيع على الاقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و المساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر.

أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتاحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع

.....

التاريخ

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





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,102.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005840)

Date:05-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003243 - engy thabet - 971566516889

The sum of Dhs. **One Thousand One Hundred Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **1,102.50** / 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 **1 session full body plus + 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 : 1003243 - engy thabet - 971566516889

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



مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 300.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006039)

Date:20-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003243** - engy thabet - 971566516889

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

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

Bank: Cheque No.

Date: **20-11-2019**

Being **SMALL SURGICAL REMOVE SCAR**

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 : **1003243** - engy thabet - 971566516889

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



مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,102.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006454)

Date:10-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003243** - engy thabet - 971566516889

The sum of Dhs. **One Thousand One Hundred Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **1,102.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date: **10-12-2019**

Being **full body plus + 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 : **1003243** - engy thabet - 971566516889

---

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

## ورقة الموافقة على التقشير الكيميائي

التاريخ: 7/1/2020

أنا أخول \_\_\_\_\_ لتطبيق \_\_\_\_\_ لنضارة بشرتي وعلاجها من  
التصبغات وآثار الحبوب والتجاعيد.  
أتفهم جيدا بأن هذا الاجراء اختياري بحت، وأن النتيجة قد تختلف من شخص لأخر والعلاجات المتعددة  
قد تكون ضرورية.

أتفهم بأنه:  
من المحتمل حدوث بعض المضاعفات التي قد تكون نادرة لكن محتملة.  
ظهور بعض الاعراض الجانبية الشائعة كاحمرار مؤقت، حرق بسيط وقد يستمر لمدة 3 إلى 4 ساعات  
أو لعدة أيام.

تصبغات متغيرة تشمل هايبربيجمينتين (تفتيح للبشرة) أو ( غامقان بالبشرة) وقد تستمر لمدة 1 إلى  
6 اشهر أو أكثر.

بعض الاعراض المحتملة الاخرى كشعور بالحك، ألم، حرق، التهاب، تقشير، تورم. من المحتمل ايضا  
عدم الحصول على النتيجة المتوقعة أو المرغوب بها.

أتفهم بأنه عند تعرضي للشمس أو جهاز الشمس وعدم الالتزام بإرشادات العناية المطلوبة إتباعها قد  
تزيد من فرصة حدوث مضاعفات.

إرشادات قبل وبعد العلاج وإجراءات العلاج تم شرحها لي بالكامل من القوائد المحتمل الحصول عليها  
والمضاعفات. لقد تمت الاجابة على جميع تساؤلاتي وأنا أوافق بشدة على تطبيق العلاج.

إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء  
أو تأجيل المواعيد. وايضا أتفهم أن 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 / الضامن & العلاقة

التوقيع

اسم الدكتور / المعالج



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006943)

Date:07-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003243 - engy thabet - 971566516889

The sum of Dhs. Five Hundred Twenty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 525.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date: 07-01-2020

Being she make 1 session chemical + 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 : 1003243 - engy thabet - 971566516889

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



مركز أوركيبيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,102.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007055)

Date:14-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003243** - engy thabet - 971566516889

The sum of Dhs. **One Thousand One Hundred Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **1,102.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **14-01-2020**

Being **she make 1 session full body + 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 : **1003243** - engy thabet - 971566516889

---

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