



File No: .....

Date: / /

Date: ١٥ / ١١ / ٢٠١٩

File Number: ١٥٥٣٠٢٨٩

Patient Name: Maitha Rezaib Al-Hosani

اسم المريض: ميثاء رجبية الحسينية

Date Of Birth: 1996/11/26 Gender: M / F

الحالة الاجتماعية: (الحالة الاجتماعية): Married

Nationality: (الجنسية): Jordanian

جنسية: Jordanian

Address (العنوان): Ajman

Phone No. (رقم الهاتف): 05041343382

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 انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	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	
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) انيميا (فقر الدم)، لو كيميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، 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 الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HIV, HSV...etc	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 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 لناتج العلاج 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 الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام 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 قدمت لي فتمني للملف صحية و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الأطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و أن 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: ... / ... / ٢٠١٩

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs	
Weight (الوزن): 91.6 kg	Height (الطول): 168 cm
Pulse (النبض): / ppm	Blood Pressure (الضغط الدم): /
	Blood Type (نمط الدم):
	Blood Sugar (السكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

to loss weight

Disease History: التاريخ المرضي:	No
Allergies الحساسية:	No
Medications الأدوية:	No
Pregnancy الحمل:	—
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة ، احوال المستشفى:	—

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعوي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

BCA

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص





REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO

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>	Maitha,Rajab,Abdalla,Mohamed,Alhosani	<b>IDN:</b>	784199698049204	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	مناة رجب عبد الله محمد الحوسني	<b>Card Number:</b>	095566599	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	ARE	<b>Family ID:</b>	609003817
<b>Title (Ar):</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	الإمارات العربية المتحدة		
<b>Issue Date:</b>	16/07/2019	<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	
<b>Expiry Date:</b>	21/11/2023	<b>Date of Birth:</b>	26/04/1996	<b>Sponsor Name:</b>	
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	
<b>Residency Type:</b>		<b>Residency Number:</b>		<b>Residency Expiry:</b>	
<b>ID Type:</b>	ID	<b>Occupation:</b>	98	<b>Occupation Field:</b>	00



Photo

Signature Image

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

11/10/2019



# InBody

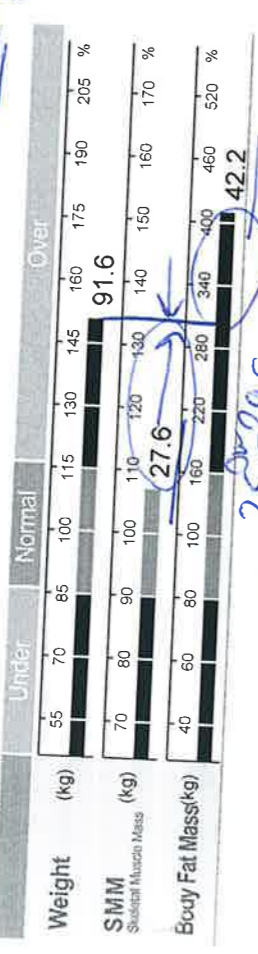
*(Nartha Zero)*

ID 101119-1 | Height 168cm | Age 23 | Gender Female | Test Date / Time 10.11.2019. 17:23

## Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	36.1 ( 30.9~37.7 )
For building muscles	Protein	(kg)	9.8 ( 8.3~10.1 )
For strengthening bones	Minerals	(kg)	3.50 ( 2.86~3.50 )
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	42.2 ( 12.1~19.4 )
Sum of the above	Weight	(kg)	91.6 ( 51.6~69.8 )

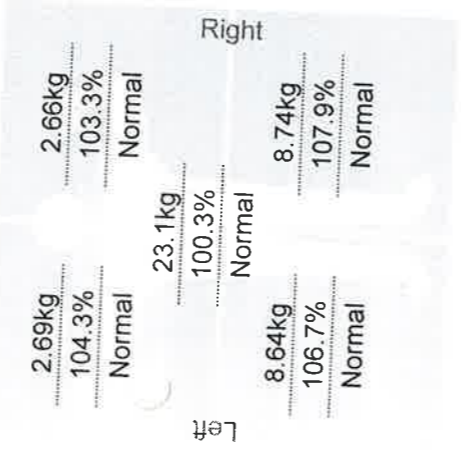
## Muscle-Fat Analysis



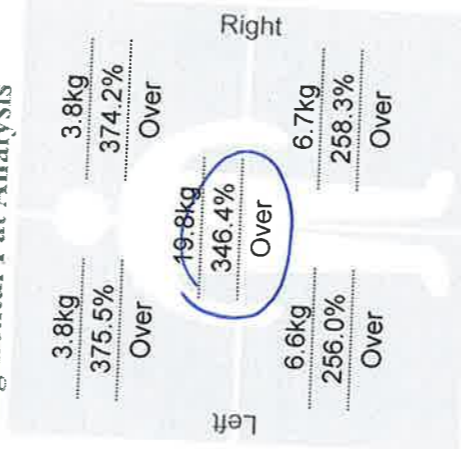
**Obesity Analysis** *18.5-24.9 obese 1*



## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



## Body Composition History

<b>Weight</b> (kg)	91.6
<b>SMM</b> (kg)	27.6
<b>PBF</b> (Percent Body Fat) (%)	46.1

## InBody Score

55 / 100 Points

\* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

## Weight Control

Target Weight 64.2 kg  
 Weight Control -27.4 kg  
 Fat Control 27.4 kg  
 Muscle Control 0.0 kg

## Obesity Evaluation

BMI  Normal  Under  Slightly Over  Over  
 PBF  Normal  Slightly Over  Over

## Waist-Hip Ratio

0.96

## Visceral Fat Level

Level 19 (Low 10 High)

## Research Parameters

Fat Free Mass 49.4 kg  
 Basal Metabolic Rate 1437 kcal ( 1741~2046 )  
 Obesity Degree 151 % ( 90~110 )  
 Recommended calorie intake 2021 kcal

## Calorie Expenditure of Exercise

Golf	161	Gateball	174
Walking	183	Yoga	183
Badminton	207	Table Tennis	207
Tennis	275	Bicycling	275
Boxing	275	Basketball	275
Mountain Climbing	299	Jumping Rope	321
Aerobics	321	Jogging	321
Soccer	321	Swimming	321
Japanese Fencing	458	Racketball	458
Squash	458	Taekwondo	458

\* Based on your current weight  
 \* Based on 30 minute duration

## Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.



## Impedance

RA LA TR RL LL  
 Z(Ω) 20 kHz | 358.3 353.8 32.4 235.5 238.3  
 100 kHz | 322.3 319.7 29.8 203.1 206.0



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,575.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005933)

Date:10-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003289 - MAITHA ALHOSANI - 971504343382

The sum of Dhs. One Thousand Five Hundred Seventy-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,575.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 10-11-2019

Being DIET PKG WITH 5 SESSIONS ENDYMED + 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 : 1003289 - MAITHA ALHOSANI - 971504343382

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