



File No:

Date: 11 / 11 / 19

Date: ... / ... / File Number: 1003297

Patient Name: Khalid Mohamed Ali Mohamed اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / ... / Gender (الجنس): M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Phone No. (رقم الهاتف): 055792221

E-MAIL: How did you know about us: 0505870777

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 حديثاً؟	لا	
Cortisteroids/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 (فقر الدم)، لوكيميا (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 انت 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 من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الأبتز، 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 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 فكر 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 لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجهيزات 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 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 قدمت لي ففصي الملف 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 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):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg	Height (الطول): cm	Blood Type (نمىة الدم):
Pulse (النمى): ppm	Blood Pressure (مفط الدم): /	Blood Sugar (مكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

المعمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة . ادخال للمستشفى

Smoking (التفخين): Y / N

Alcohol (تعاطي الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التفخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

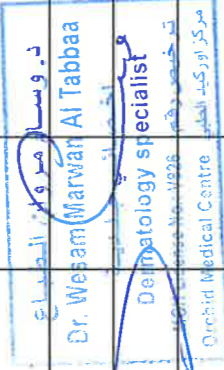
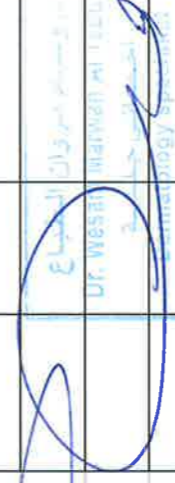
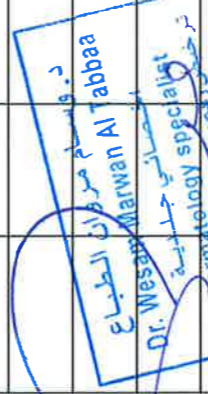
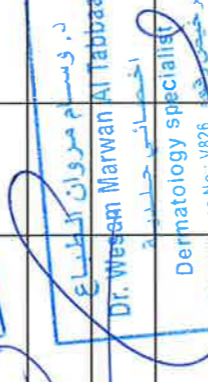
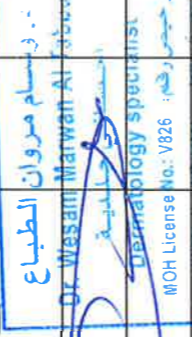
Doctor's Signature and Stamp

.....



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
20/11/2019	pigment on face after laser from 5 month PRP Hair (1) PRP face (1) next app: 23/11: peeling			 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 826 Orchid Medical Centre
23/11/2019	yellow peel			 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 826 Orchid Medical Centre
30/11/2019	Meso whitening (cath = 2 ml) inject next app: 14/12: Meso			 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 826 Orchid Medical Centre
21/12/2019	PRP Hair (2) next app: 25/12: FRF			 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 826 Orchid Medical Centre
25/12/2019	FRF + cath (2)			 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 826 Orchid Medical Centre

REDAD DATA

CAEAI0EBAA830DQxO

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	Khalid,Mohamed,Ali,Mohamed,Alhosany	IDN:	784197661398046	Mother Name:	Zaimab Mohamed
Name (Ar)	خالد محمد علي محمد الحوسني	Card Number:	069159848	Mother Name (Ar):	زينب محمد
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	301020363
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	26/06/2014	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	26/06/2024	Date of Birth:	16/10/1976	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	5162	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

11/11/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,200.00
No: REC-005946
Date: 11-11-2019

RECEIPT VOUCHER

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003297 - KHALID MOHAMMED - 971557922221**

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

By Cash **1,200.00** / 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: _____

Being **ADVANCE FOR 3 SESSION PRP + 3 MESO + VAT BALANCE 1493**

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

11/11/2019

Description of Treatment

This treatment involves the collection of your blood (approximately 11 - 22 ml), then your blood is spun down using a centrifuge to separate out the plasma and platelet portion using the separator gel as a special filter. The PRP portion of your blood is then used at the point of care to re-energize your cells into rejuvenating themselves. The product is 100% your own blood by-product (autologous). If you have any questions please do not hesitate to ask your physician or nurse.

Side Effects

you will likely experience mild to moderate swelling of the treated area, this will last for about 12- 24 hours; ice or cold compresses can be applied to reduce swelling if required. You may notice a tingling sensation while the cells are being activated. In rare cases skin infection may occur, which is easily treated with an anti-biotic.

Contraindications

You should not have PRP treatment done if you have any of the following conditions: Skin conditions and diseases including: Facial cancer, existing or uncured. This includes SCC, BCC and melanoma, systemic cancer, chemotherapy, steroid therapy, dermatological diseases affecting the face (i.e. Porphyria), Blood disorders and platelet abnormalities, Anticoagulation therapy (i.e.: Warfarin) Platelet dysfunction syndrome, critical thrombocytopenia, hypofibrinogenemia, haemodynamic instability, sepsis, chronic liver disease, Hepatitis or any acute or chronic infections. Aspirin, Anti-inflammatory such as Nurofen, Voltaren, Diclofenac, or Naproxen etc.? St Johns Wort, Garlic, Are you currently taking, or have you recently taken (within 14 days) Vitamin E, or Fish Oil supplements that could have a thinning effect on your blood.

In case of presence of any previously mentioned contraindications please mention it here

Or Ask the doctor if you are not sure or you have any questions.

Patient's Name and Signature:

Date: ... / ... / ...

وصف العلاج

يتضمن العلاج باستئصال البلازما الغنية بالصفائح الدموية لخذ عينه من دم المريض تساري تقريبا (١١ - ٢٢ مل). ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما و الصفائح باستخدام سائل فاصل التفتية بشكل خاص. ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية في منطقة الخلع لتحفيز الخلايا و إعادة النضارة لها. هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض. إذا كان لديك أي أسئلة أو تتردد بسؤال الطبيب المختص أو أي من موظفي المركز.

الاعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الخفيف الى المتوسط في المنطقة المعالجة. وقد يستمر هذا التورم من (١٢-٢٤) ساعة. ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة التورمة إذا تطلب الأمر. من الممكن أن تشعر ببعض الحرق الخفيف بينما يتم تنشيط الخلايا. نادراً ما يصلح العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام المضادات الحيوية.

موانع العلاج

لا يجب أن تتلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية:
- الأمراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير الخالية كسرطانات الخلايا الحرشفية و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا المسببة و السرطان الجهازي و العلاج الكيميائي و العلاج بالستيرويدات و الأمراض الجلدية التي تصيب الوجه (مثل البروفيرا).
- (خلال الوراثة)
- متلازمة خلل الصفائح الدموية. التقرص الحاد في عند الصفائح الدموية، نقص في فيبرينوجين الدم. عدم استقرار تدفق الدم، حالات التشنج الدموي، أمراض الكبد المزمنة، التهاب الكبد الوبائي، أو أي التهابات مزمنة أو حادة.
- تناول الأسبرين و مضادات الالتهاب كالتيرويدين و الستيرويدات و الستيرويدات و الباراسيتامول. أو مستحضرات الليم. أو إذا كنت تتناول حالياً (خلال الأربعة عشر يوما الماضية) كمكبات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي إلى ترقق الدم. في حالة وجود: اسم سوانح العلاج الذي سبق ذكرها يرجى كتابة ذلك هنا

و إذا لم تكن متأكدًا أو كنت لديك أي استفسارات اسأل الطبيب المختص،

اسم المريض / التوقيع

خالد محمد علي

التاريخ: ... / ... / ...

I understand that due to the natural variation in quality of Platelet rich plasma, results will vary between individuals. I understand that although I may see a change after my first treatment; I may require a series of up to 6 sessions to obtain my desired outcome. The procedure and side effects has been explained to me including alternative methods; as have the advantages and disadvantages. I am advised that though good results are expected, the possibility and nature of complications cannot be accurately anticipated and that, therefore, there can be no guarantee as expressed or implied either as to the success or other result of the treatment. I am aware that the PRP treatment is not permanent as natural degradation will occur over time.

I authorize Dr.
from Orchid Medical Center: perform the Injection of PRP (Platelet Rich Plasma) for rejuvenation. This consent form will be valid for up to 6 applications of PRP, after which time I may be asked to compete a new form. I state that I have read (or it has been read to me) and I understand this consent and I understand the information contained in it. I have had the opportunity to ask any questions about the treatment including risks or alternatives and acknowledge that all my questions about the procedure have been answered in a satisfactory manner and that all blanks were filled in prior to my signature and I had the right to refuse the treatment. **THIS CONSENT FORM IS VALID UNTIL ALL OR PART IS REVOKED BY ME IN WRITING.** When completing the medical questionnaire, I have answered the personal medical history questions fully and to the best of my ability.

Patient's Name and Signature:

Date: ... / ... /

أنتهم أن نتائج هذا العلاج قد تتفاوت من شخص إلى آخر باختلاف جودة البلازما الغنية بالصفائح الدموية.
و أنتهم انه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من بعد جلسة العلاج الأولى قد أحتاج حتى ٦ جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

أقر بأن هذا الإجراء الطبي و آثاره الجانبية و بدائله الممكنة و مضاعفه و مضاره قد شرحت لي بشكل كامل.
و انه برغم من النتائج الجيدة المتوقعة فإنه لا يمكن توقع المضاعفات و طبيعتها بدقة. و بالتالي، لا توجد أي ضمانات واضحة أو ضمنية لنجاح هذا العلاج او أي نتائج أخرى.
أدرك أن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية ليس علاجاً دائماً لأن التراجع الطبيعي سوف يحدث مع الوقت.

أفوض الدكتور
من مركز أوركييد الطبي بالقيام بحقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية لإعادة النضارة. و ان هذا الاقرار و التوقيع سوف يكون صالحاً حتى ل ٦ جلسات قادمة.
و أنني قد أحتاج لتوقيع اقرار آخر بعد ذلك.

أقر أنني قد قرأت محتويات هذا الاقرار بالكامل (او قد تمت قراءته لي) و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.
و اذني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الاخطار و الاعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له. و أن جميع اسئلتي قد أجيببت بشكل كامل و وافق و أن جميع الاجابات التي ضمنيتها في الاقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملؤها قبل توقيعني أدناه و انه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

ان هذا الاقرار صالح بالكامل حتى الغيه كاملاً أو جزئياً و بخط اليد.

أقر أنني قد ملأت استمارة الاسئلة الطبية و شرحت تاريخي الطبي بشكل كامل و بكامل ارايتي.

اسم المريض / التوقيع

خالد محمد علي

التاريخ: ... / ... /



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 500.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006037

Date: 20-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003297 - KHALID MOHAMMED - 971557922221**

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

By Cash **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: _____

_____ ing advance for 1 session peeling chemical balance 25

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

ورقة الموافقة على التشخيص الكيميائي

التاريخ: 23/11/2023

أنا أخول دينا تطبق Yellow Peel على face لنضارة بشرتي وعلاجها من

التصبغات وآثار الحبوب والتجاعيد.
أتفهم جيداً بأن هذا الاجراء اختياري بحت، وأن النتيجة قد تختلف من شخص لآخر 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 هايبربيجمينشن (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 ايضاً عدم الحصول على النتيجة المتوقعة أو المرغوب بها.

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

إرشادات قبل وبعد العلاج وابعاد العلاج تم شرحها لي بالكامل من الفوائد المحتمل الحصول عليها والمضاعفات. لقد تمت الاجابه 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

خالد محمد ككي

التوقيع

اسم الدكتور / المعالج



مركز أوركيڤ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006095)

Date:23-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003297 - KHALID MOHAMMED - 971557922221

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

By Cash 25.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 500.00

Bank: Cheque No.

Date: 23-11-2019

Being 1 session chemical peeling + 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 : 1003297 - KHALID MOHAMMED - 971557922221

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,493.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006264

Date: 30-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003297 - KHALID MOHAMMED - 971557922221

The sum of Dhs. **One Thousand Four Hundred Ninety Three Only**By Cash **1,493.00** / 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:

eing **ADVANCE FOR 3 SESSION PRP + 3 MESO + 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.aewww.omc1.ae

3 PRP + 3Meso + vat
Nov. 11 Paid 1200
Nov. 30 Paid 1493



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,493.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006656)

Date:22-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003297 - KHALID MOHAMMED - 971557922221

The sum of Dhs. One Thousand Four Hundred Ninety-Three 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 1,493.00

Bank: Cheque No.

Date: 22-12-2019

Being 3 SESSION PRP FOR HAIR + 3 SESSION MESO FACE + VAT 10 % DISCOUNT

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 :1003297 - KHALID MOHAMMED - 971557922221

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



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,200.25

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006657)

Date:22-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003297 - KHALID MOHAMMED - 971557922221

The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Dirhams and Twenty-Five Fils Only**

By Cash **0.25** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **1,200.00**

Bank: Cheque No.

Date: 22-12-2019

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 : 1003297 - KHALID MOHAMMED - 971557922221

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

ENDYMED CONSENT FORM

I hereby declare that I have received detailed information regarding the use of the EndyMed PRO system that uses radiofrequency (RF) energy for skin tightening.

Treatment that uses RF energy for skin tightening results in deep heating of the skin in the treatment area. The treatment should not cause any pain, and usually has no side effects. Use of the system may cause temporary swelling and redness of the skin.

In rare cases, a burn may occur at the treatment site. In this case, the treating physician will immediately treat the area and will receive instructions on the course of treatment.

Alternative treatments for skin tightening include use of laser or light-based technologies. Treatments using laser may cause burns and are considered more painful, while the treatments that use light are considered less effective than others.

- A) I hereby declare that I have read the above and understand the implications and that my consent is provided of my own free will. I have received a copy of this consent form, signed and dated.
- B) I hereby agree to take photos for clinical evaluation.

Name: نادية محمد علي

Signature: _____

Date: _____