



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: / /

Date: ... / ... /

File Number: 1003310

Patient Name:

إسم المريض:

Date Of Birth: 20/1/1982

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: Syrian

Architect Engineer

Address: Al-Karimiyah

Phone No. (رقم الهاتف): 06444621828

E-MAIL: Magdalabiyah

How did you know about us: m.s.t.a

التاريخ الطبي Medical History		
Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟		X
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟		X
Allergies هل لديك أي حساسية؟		X
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟		X
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		X
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		X
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)		X
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى		X
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		X
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		X
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		X
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معدية، داء كرون، أي أمراض معدية أخرى؟		X
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		X
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		X
Other conditions HSV, HIV...etc		X



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 وأسمح 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 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 اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية او التجيلية
المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي
المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات
العلاجية و الجراحية.

و امرن ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي قسني 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
انني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و انني 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 (دم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Colon

التاريخ المرضي: Disease History

No

الحساسية: Allergies

No

الأدوية: Medications

Metformin (twice aday) P.O.D. Case

الحمل: Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ا입ال للمستشفى

Smoking (التخين): Y / N

N

Alcohol (الكول): Y / N

N

Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

Obese type 2

Fat segment

395 /
over on Htn
turning

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Obese . Diet plan + off.

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

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	Mais,Mhd,Anas,,,Al Otabi	IDN:	784198240704985	Mother Name:	
Name (Ar)	ميس,محمد,انيس,,,الطبي	Card Number:	095944577	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	07/08/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	04/08/2021	Date of Birth:	30/01/1982	Sponsor Name:	المكتب المصري للاستشارات الهندسية
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120192558783	Residency Expiry:	04/08/2021
ID Type:	IL	Occupation:	96	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

11/14/2019



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 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 Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات لدوب أو جدرة ؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوترينونين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquenon on Site? Yes/ No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منة 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 اي 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 / تستخدمها لغيرتك حاليا؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل انت 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/ Sharjah 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 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

... / ... /

رئخ

... / ... /

أنا أوريكيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوريكيد الطبي باستخدام جهاز ليزر المتطور.

تفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتمصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على ائفاء الشعر.

تفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص لاج. و اني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التفت و الكريمات و إزالة شعر بالشمع و الكي و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

باني قد تلقيت التعليمات التالية:

- يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- 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 لأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست اشهر الماضية أو اي عقاقير تمنعهم من

التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

هم أنه يرغب التغيير الذي قد أخطئه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات وصول على النتيجة المطلوبة.

عراض الجانبية تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و نقرات. و هذه الأعراض ستلاشي خلال بضع ساعات الى 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 أتحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و ت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قرأته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت

ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

سم و التوقيع

.....

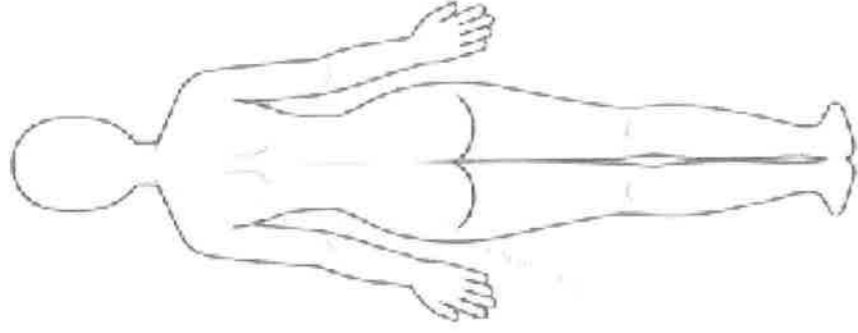
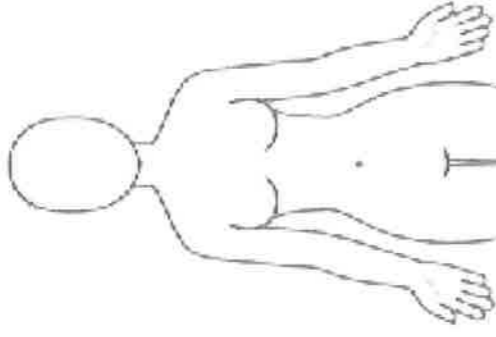
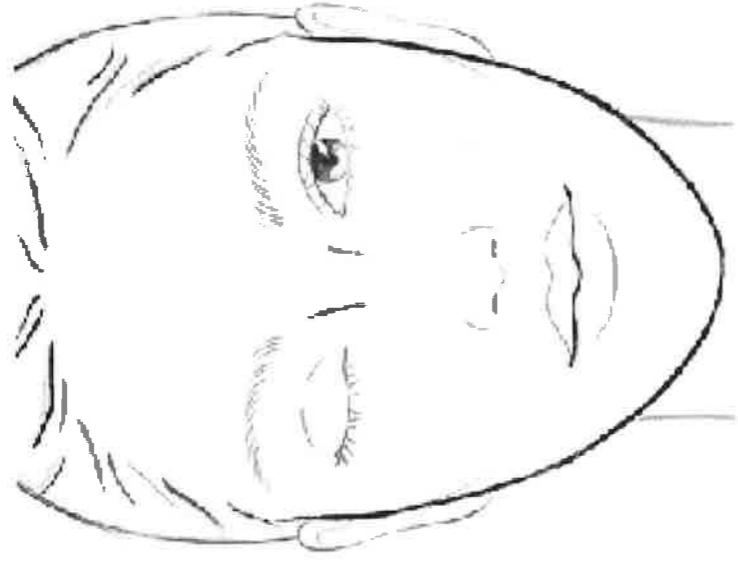
رئخ

... / ... /

Patient's Name::اسم المريض

File Number: رقم الملف Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pain Relief given? Yes / No Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date						
Treatment Area						
Hair Type						
Mode						
Fluence						
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes						
Starting Time						
Finish Time						
Post Treatment						

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005970)

Date:14-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003310 - MAIS al olabi - 971544593838

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **157.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 14-11-2019

Being **1 SESSION FACIAL + 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 : 1003310 - MAIS al olabi - 971544593838

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

DIETARY ASSESSMENT

Mrs. Water, V.D. Diff. / Colour & Taste
3.8L

Food Intolerance (if any) N/A

Acidity / Heart Burn / Constipation 100

No. of meals consumed / day 2 main meals

Veg / Non Veg / Ovo Veg Non Veg

Frequency of eating out / week once a week

Diet Recall - Total Calories (Kcal)

CHO (gm)

Protein (gm)

Fat (gm)

Lifestyle: Sedentary / Moderate / Heavy

Diet Advised - Total calories (Kcal)

CHO (gm)

Protein (gm)

Fat (gm)

Remarks

Water - 3.8L Daily - 1 Brown Bread

Dislike :-
Sour food.

Counselor's Name Batman

Client's Signature

Date 24/11/19

InBody

ID 191119-2 Height 173cm Age 37 Gender Female Test Date / Time 24.11.2019 13:59

Mais. Zero
Body270

Body Composition Analysis

Total amount of water in my body	Total Body Water (L)	40.0 (32.8~40.0)
What I need to build muscles	Protein (kg)	10.8 (8.8~10.8)
What I need for strong bones	Mineral (kg)	4.05 (3.03~3.71)
Where my excess energy is stored	Body Fat Mass (kg)	54.1 (12.9~20.6)
Sum of the above	Weight (kg)	108.9 (54.7~73.9)

InBody Score

48/100 Points

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

Weight Control

Target Weight 71.2 kg
Weight Control -37.7 kg
Fat Control -37.7 kg
Muscle Control 0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

1.01 0.75 0.85

Visceral Fat Level

Level 20 Low 10 High

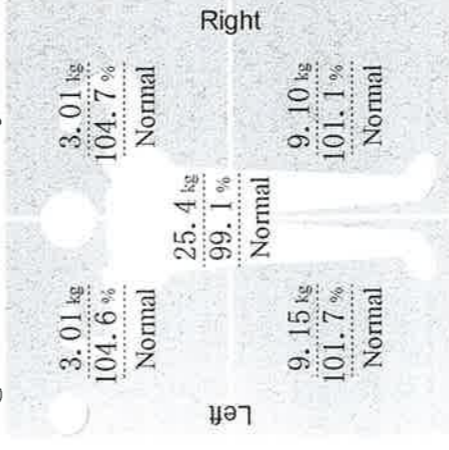
Research Parameters

Fat Free Mass 54.8 kg
Basal Metabolic Rate 1554 kcal (2000~2362)
Obesity Degree 169 % (90~110)
Recommended calorie intake 2147 kcal

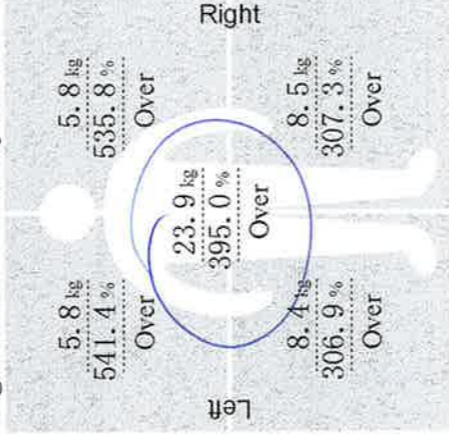
Obesity Analysis

	Under	Normal	Over
BMI Body Mass Index (kg/m ²)	10.0 15.0 18.5 21.5 25.0 30.0 35.0 40.0 45.0 50.0 55.0	36.4	
PBF Percent Body Fat (%)	8.0 13.0 18.0 23.0 28.0 33.0 38.0 43.0 48.0 53.0 58.0	49.7	

Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

	19.11.19	24.11.19
Weight (kg)	108.1	108.9
SMM Skeletal Muscle Mass (kg)	29.9	30.4
PBF Percent Body Fat (%)	50.1	49.7
Recent Total	13:36	13:59

Impedance

RA LA TR RL LL
Z(α) 20 kHz | 391.1 390.4 23.8 250.4 245.6
100 kHz | 352.9 355.1 21.1 222.7 217.8

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,575.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006025)

Date:19-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 10033310 - MAIS al olabi - 971544593838

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: 19-11-2019

Being 5 sessions + con + 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 : 10033310 - MAIS al olabi - 971544593838

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

InBody

Mais

[InBody270]

ID	Height	Age	Gender	Test Date / Time
191119-2	173cm	37	Female	10.12.2019 14:01

Body Composition Analysis

Total amount of water in my body	Total Body Water (L)	41.0 (32.8 ~ 40.0)
What I need to build muscles	Protein (kg)	11.0 (8.8 ~ 10.8)
What I need for strong bones	Mineral (kg)	4.17 (3.03 ~ 3.71)
Where my excess energy is stored	Body Fat Mass (kg)	52.3 (12.9 ~ 20.6)
Sum of the above	Weight (kg)	108.5 (54.7 ~ 73.9)

InBody Score

51/100 Points

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

Weight Control

Target Weight	73.1 kg
Weight Control	-35.4 kg
Fat Control	-35.4 kg
Muscle Control	0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Under <input type="checkbox"/> Slightly Over <input checked="" type="checkbox"/> Over
PBF	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Slightly Over <input checked="" type="checkbox"/> Over

Waist-Hip Ratio



Visceral Fat Level



Research Parameters

Fat Free Mass	56.2 kg
Basal Metabolic Rate	1585 kcal (1994 ~ 2355)
Obesity Degree	169 % (90 ~ 110)
Recommended calorie intake	2142 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

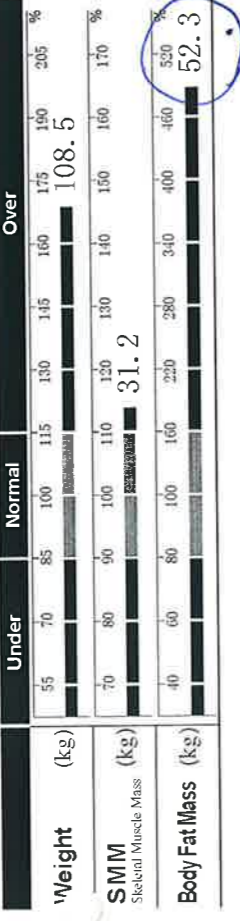
Golf	191	Gateball	206
Walking	217	Yoga	217
Badminton	245	Table Tennis	245
Tennis	326	Bicycling	326
Boxing	326	Basketball	326
Mountain Climbing	354	Jumping Rope	380
Aerobics	380	Jogging	380
Soccer	380	Swimming	380
Japanese Fencing	543	Racketball	543
Squash	543	Taekwondo	543

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

Impedance

RA	LA	TR	RL	LL
Z ₆₀	20 kHz	374.7	373.0	21.8
	100 kHz	340.5	339.7	19.5
		221.2	213.1	

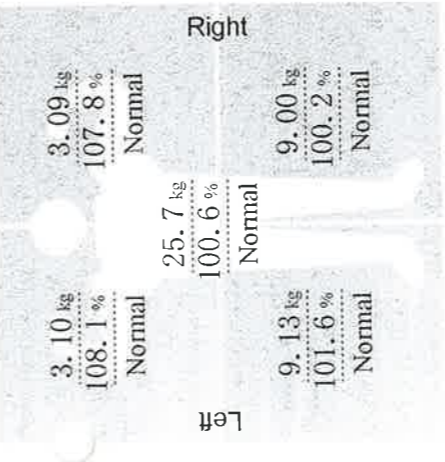
Muscle-Fat Analysis



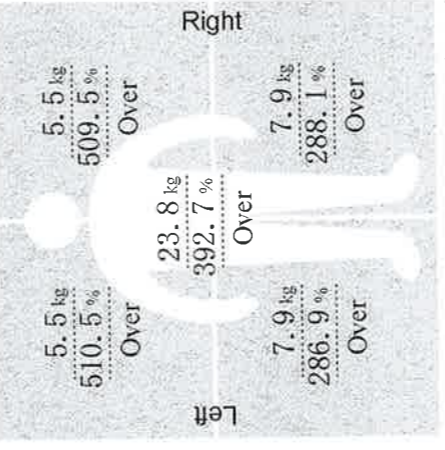
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



* Segmental fat is estimated.

Body Composition History

Weight (kg)	108.1	108.9	108.5
SMM (kg)	29.9	30.4	31.2
PBF (%)	50.1	49.7	48.2
Recent Total	19.11.19:24.11.19	10.12.19	14:01
	13:36	13:59	

ID 191119-2 | Height 173cm | Age 37 | Gender Female | Test Date / Time 29.12.2019. 12:22

97km Break

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	39.4 (32.8~40.0)
For building muscles	Protein (kg)	10.5 (8.8~10.8)
For strengthening bones	Minerals (kg)	4.05 (3.03~3.71)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	52.4 (12.9~20.6)
Sum of the above	Weight (kg)	106.4 (54.7~73.9)

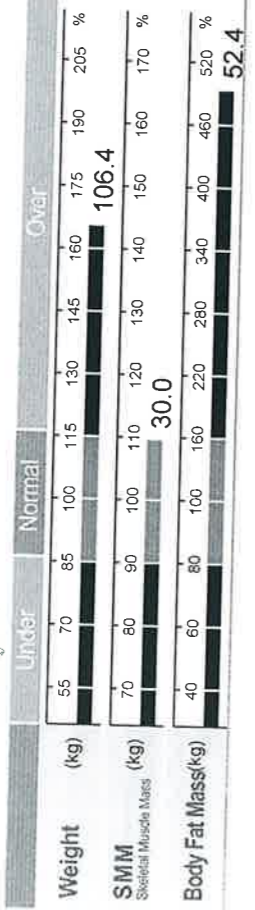
InBody Score

48 / 100 Points
 * Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

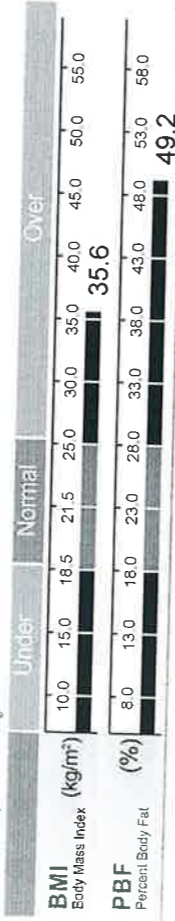
Weight Control

Target Weight 70.2 kg
 Weight Control - 36.2 kg
 Fat Control - 36.2 kg
 Muscle Control 0.0 kg

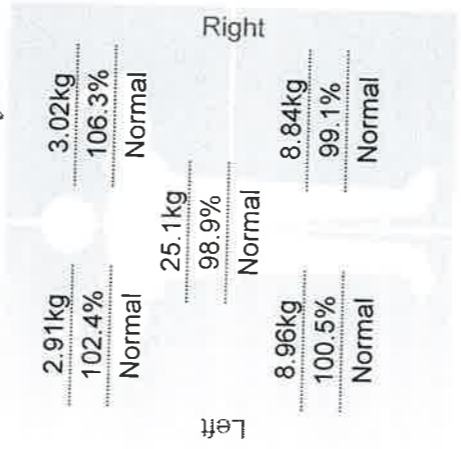
Muscle-Fat Analysis



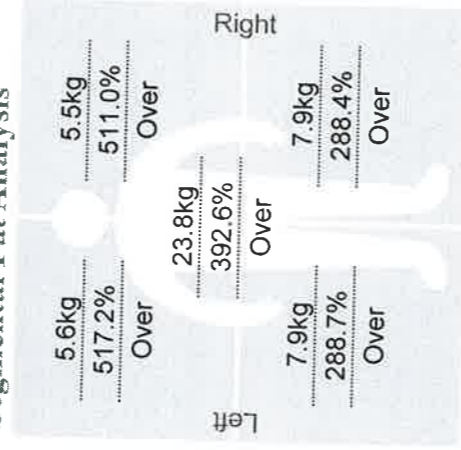
Obesity Analysis



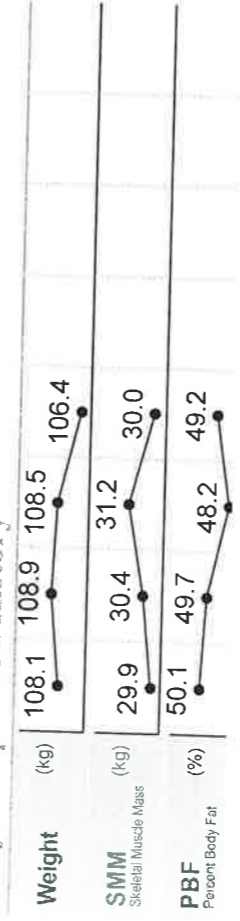
Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History



Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over

PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

1.03 (0.75 - 0.85)

Visceral Fat Level

Level 20 (Low 10 High)

Research Parameters

Fat Free Mass 54.0 kg
 Basal Metabolic Rate 1537 kcal (1963~2317)
 Obesity Degree 165 % (90~110)
 Recommended calorie intake 2120 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	187	Gateball	202
Walking	213	Yoga	213
Badminton	241	Table Tennis	241
Tennis	319	Bicycling	319
Boxing	319	Basketball	319
Mountain Climbing	347	Jumping Rope	372
Aerobics	372	Jogging	372
Soccer	372	Swimming	372
Japanese Fencing	532	Racketball	532
Squash	532	Taekwondo	532

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

Impedance

RA LA TR RL LL
 Z(Ω) 20 kHz | 379.8 398.7 24.6 260.3 251.1
 100 kHz | 344.8 363.3 21.6 232.1 223.0

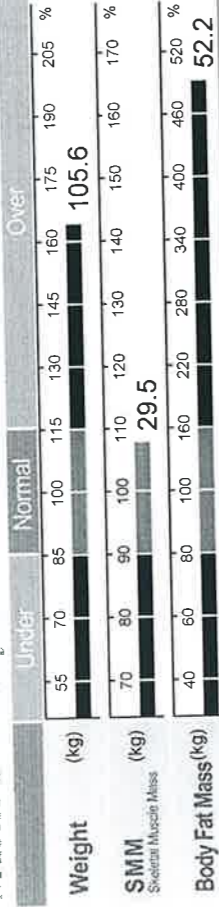
* Segmental fat is estimated.

ID 200114-3 | Height 173cm | Age 37 | Gender Female | Test Date / Time 14.01.2020. 14:05

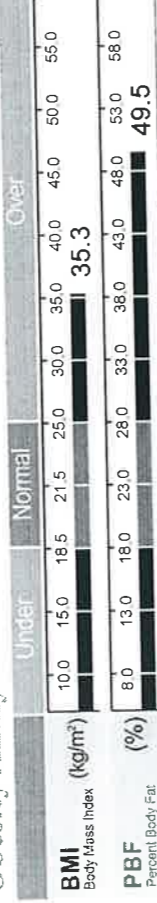
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	38.9 (32.8~40.0)
For building muscles	Protein (kg)	10.5 (8.8~10.8)
For strengthening bones	Minerals (kg)	4.04 (3.03~3.71)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	52.2 (12.9~20.6)
Sum of the above	Weight (kg)	105.6 (54.7~73.9)

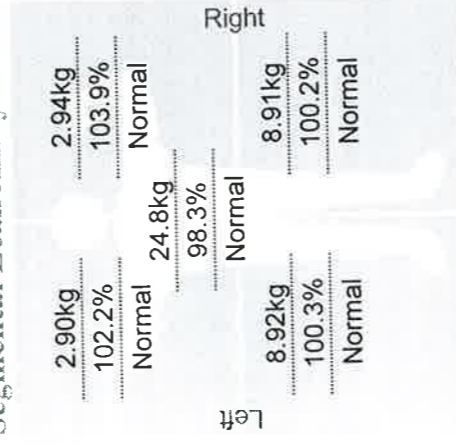
Muscle-Fat Analysis



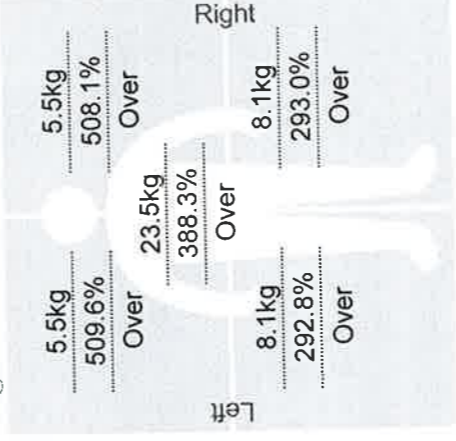
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	105.6
SMM (kg)	29.5
PBF (%)	49.5

InBody Score

48 / 100 Points

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

Weight Control

Target Weight	69.3 kg
Weight Control	- 36.3 kg
Fat Control	- 36.3 kg
Muscle Control	0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Under	<input type="checkbox"/> Slightly Over	<input checked="" type="checkbox"/> Over
PBF	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Slightly Over	<input checked="" type="checkbox"/> Over	

Waist-Hip Ratio

1.02 (0.75 0.85)

Visceral Fat Level

Level 23 (Low 10 High)

Research Parameters

Fat Free Mass	53.4 kg
Basal Metabolic Rate	1523 kcal
Obesity Degree	164 % (90~110)
Recommended calorie intake	2112 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	186	Gateball	201
Walking	211	Yoga	211
Badminton	239	Table Tennis	239
Tennis	317	Bicycling	317
Boxing	317	Basketball	317
Hiking	344	Jumping Rope	370
Aerobics	370	Jogging	370
Soccer	370	Swimming	370
Japanese Fencing	528	Racketball	528
Squash	528	Taekwondo	528

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

Impedance

RA	LA	TR	RL	LL		
Z ₅₀	20 kHz	391.0	400.1	24.9	256.3	254.4
Z ₁₀₀	100 kHz	354.6	362.8	22.0	229.1	226.5