



File No: .....

Date: / /

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

File Number: 1003314

Patient Name: Yasmin Nabeel

إسم المريض: .....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / ... / .....

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): M / F

Nationality (الجنسية): .....

.....

Address (العنوان): .....

Phone No. (رقم الهاتف): 0527145454

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 أذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديداً؟	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 مبيعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لو كيميا	نعم	انيميا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، 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	قرحة معوية
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 فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط 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 of 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 والمؤهل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل وخدمة الأفضل.

أفهم أنه من الممكن أن يكشف 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 والسطوية بحكم خبرته المهنية والعلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تعمين لنتائج العلاجات والإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار والمضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية والجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية والعلاجية والجراحية 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية والتاريخ الطبي الذي قدمته لدي قمتي للملف 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 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: ١٥ / ١١ / ٢٠١٩

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 (مغص 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 ، اأخال المستشفى

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي 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

.....





precisely Kindly Answer the following questions

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 checked="" 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 Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جيرة؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الاكيتان/ الايسوتريتينون خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydrocquenon on Site?Yes / No	هل استخدمت ريتين اي 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 بتفك او كي او ازالة الشعر بالشمع في منة العلاج خلال ال ٦ اسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? .....	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات او مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	ماهي المنتجات التي تستخدمها لغيرك حاليا؟ .....
What products you are using for your skin recently? .....	هل اجريت اي عملية ازالة شعر سابقا؟ نعم / لا
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكيك دائم للوجه؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	

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

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

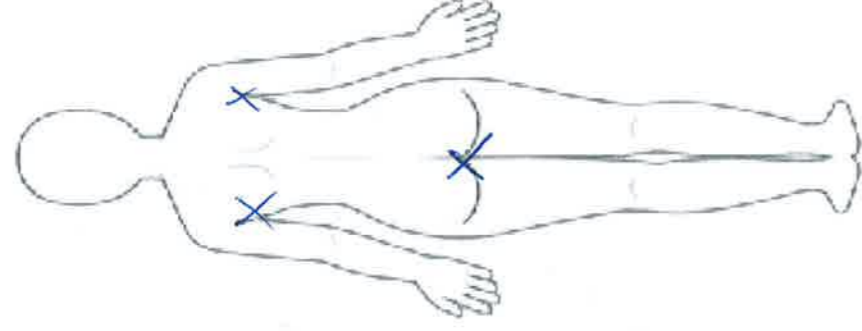
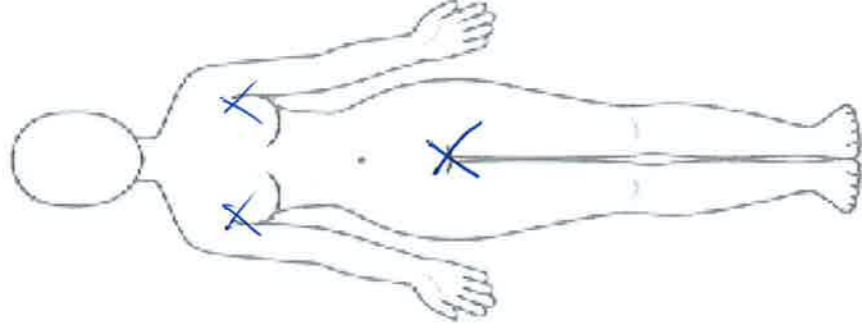
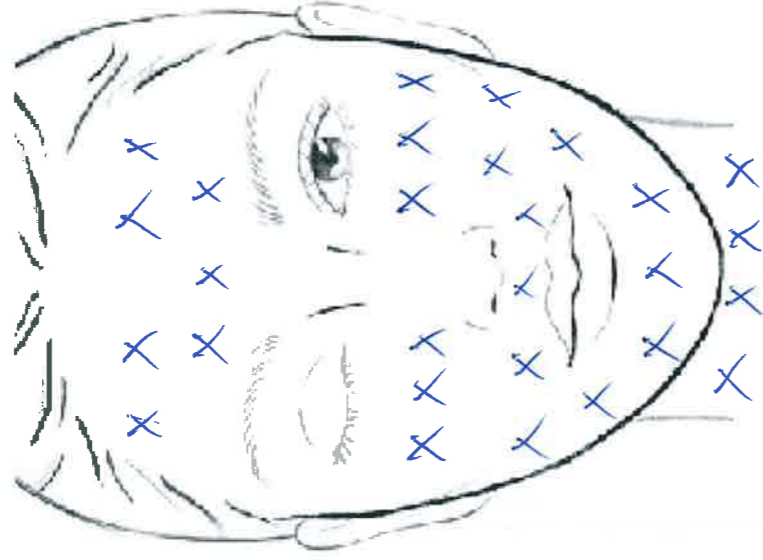
.....  
.....

رَبِّح

١١/٨٥ / ١٩٨٥

أنا ..... بقدمي الي اوركيد الطبي/ الشارقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.  
تفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتمصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء 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 استجاب الأشخاص للاحترق. و اني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لازالة الشعر كالحلق و التفت و الكريمات و ازالة شعر بالشمع و الكي و اني اخترت ازالة الشعر بالليزر.  
باني قد تلقيت التعليمات التالية:  
: يسمح بالتسمير او استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ اسابيع قبل و بعد العلاج.  
جب تفادي ازالة الشعر بالشمع او التفت قبل العلاج ب ٦ اسابيع على الاقل.  
لوشوم و التاتو و المكيك الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.  
جب اعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و المساسية و نوع البشرة  
لاشخص الذين تناولوا عقار الاكيتان خلال الست اشهر الماضية او اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر.  
فهم انه برغم التغيير الذي قد يحدثه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات وصول على النتيجة المطلوبة.  
براض الجانبية  
تتضمن الاعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق و من الممكن حدوث بعض التورم و نقرات. و هذه الاعراض الجانبية ستلاشى خلال بضع ساعات الي عدة ايام بعد العلاج. نقص زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.  
انه قد أتحت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الاسئلة الي المعالج المختص و اني قد قرأت و مت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي و اني تجاوزت الثامنة عشر من عمري او حصلت يا موافقة ولي امري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

Patient's Name: Yasmeen Nabeel اسم المريض: .....  
 File Number: 05/02/20 رقم الملف: .....  
 Pain Relief given? Yes / No ..... Evaluation and consent form completed? Yes / No  
 Pretreatment photography taken? Yes / No .....



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	15/11/19	27/12/19	05/02/20	12/03/20	11/6/20	
Treatment Area	face + U.A + Bikini + Face + U.A + Bikini	face + U.A + Bikini + Face + U.A + Bikini	Same	Same	UA, BIKINI, FAC	
Hair Type	Coarse / Med. / Coarse / Med.	Soft	Soft	Soft	Alex 2s FACE - 8/10ms	
Mode	face - Alex	face - Alex	face - Alex	face - Alex	UA - 8/11ms	
Fluence	8J/12-10ms	9J/10ms	8J/10ms	8J/10ms	Bikini - 4A/20	
Pulse Type	Bikini NDYAG	Bikini NDYAG	U.A - 16J/15ms	Bikini - 16J/15ms	15J/17ms	
CNT Pulse	UA - 15J/18-19	1.5J/cm <sup>2</sup> 18ms	Bikini - 16J/15ms	U.A - 8J/10ms	1pass	
Passes	2.58pm	3:45pm	1:15pm			
Starting Time	4:30pm	3:45pm				
Finish Time	HIRUDOID	HIRUDOID	HIRUDOID	HIRUDOID	HIRUDOID	
Post Treatment						

Therapist Name and Signature .....

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	Yasmin Nabil,,, Yehia Abdellatif	IDN:	784198694359187	Mother Name:	
Name (Ar)	ياسمين نabil,,, يحيى عبداللطيف	Card Number:	094033111	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	10/04/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	31/03/2021	Date of Birth:	06/10/1986	Sponsor Name:	اسلام الاخيف احمد فار
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	0115598271
Residency Type:	03	Residency Number:	20120133013572	Residency Expiry:	31/03/2021
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

11/15/2019





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 787.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005978

Date: 15-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003314 - YASMEEN NABEEL - 971527145454**The sum of Dh. **Seven Hundred Eighty Seven and Five Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **787.50 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: \_\_\_\_\_

Cheque No. \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Being **ADVANCE FOR 6 SESSION BIKINI + 6 SESSION UNDER ARM + 6 SESSION FACE 1500 + VAT BALANCE 787.5**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**



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-009341

Date: 11-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003314 - YASMEEN NABEEL - 971527145454

The sum of Dhs. Five Hundred Twenty Five Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 525.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Being advance for 6 sessions ( bikini + under arms + face ) + vat balance 1050

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)



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,575.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006745)

Date:27-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003314 - YASMEEN NABEEL - 971527145454

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 787.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 787.50

Bank: Cheque No.

Date: 27-12-2019

Being 6 session bikini + 6 session under arms + 6 session face + 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 : 1003314 - YASMEEN NABEEL - 971527145454

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