



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: / /

Date: 22/11/2019

File Number: 1063363

Patient Name: Deema Karim

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 20/10/1997 Gender (الجنس): M / F Marital Status:(الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): Darawana Occupation (الوظيفة): Student

Address (العنوان): Phone No. (رقم الهاتف): 0502025122

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



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: 27 / 11 / 2016

نموذج اقرار طبي

أوافق وأسج الطبيب بملاح 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 نذكر 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 لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية 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 أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالتهاب 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 قدمته لي قضي للملف 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 الأقرار 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: 27 / 11 / 2016

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): 70 Kg	Height (الطول): 1.68 cm	Blood Type (نمىة الدم): A+
Pulse (النفس): ppm	Blood Pressure (نمط 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 ، اخطال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظي 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

.....

REDAD DATA

cAEAIOEBAA83ODQxO

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	Deena,,,Kassab	IDN:	784199731043032	Mother Name:	
Name (Ar)	دينا,,,كاسب	Card Number:	096840206	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	DMA	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الدومينيكا		
Issue Date:	10/10/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	05/10/2022	Date of Birth:	20/10/1997	Sponsor Name:	احمد قصاب
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	11977873
Residency Type:	03	Residency Number:	20119973036552	Residency Expiry:	05/10/2022
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



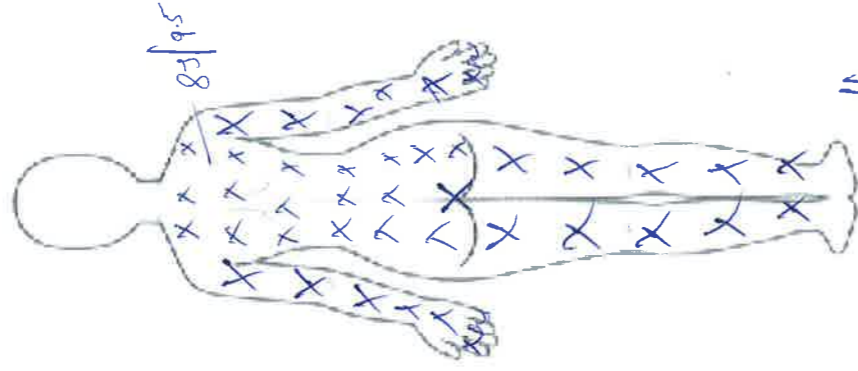
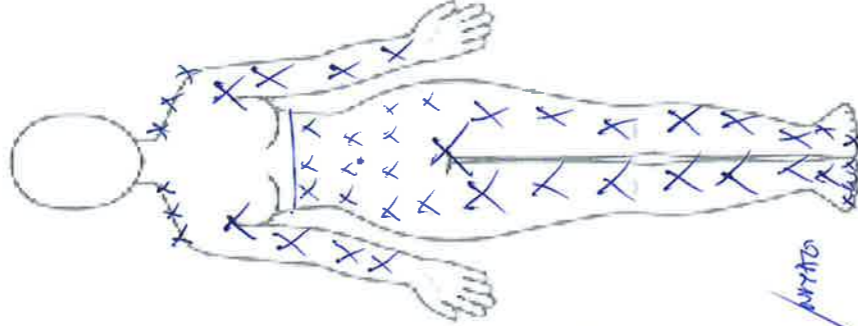
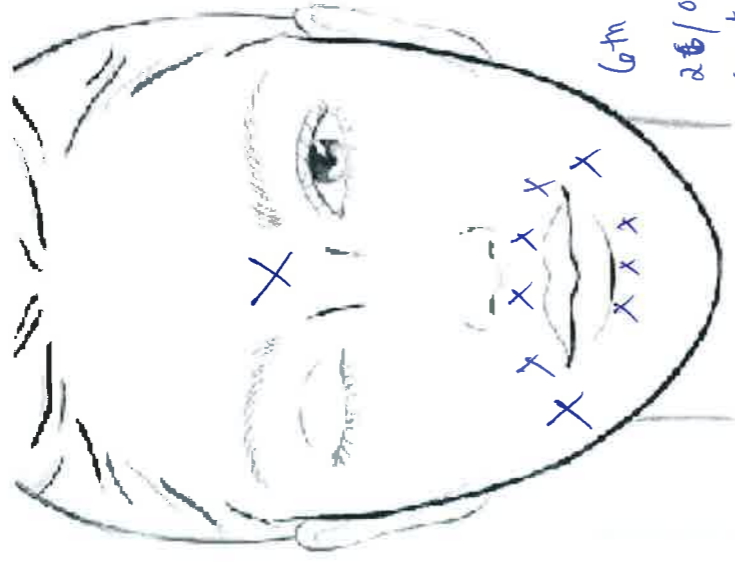
Photo

Signature Image

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

11/22/2019

Patient's Name: D. e. m. a. k. h. a. s. e. b. اسم المريض
 File Number: 1003363 رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



6th session
 26/06/20
 FB +
 Alex 9/10
 bikini 15/20
 5/10

mistake
 entry
 5th

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	28/12/19	23/1/20	26/02/20	24/3/20	24/3/20	27/5/20
Treatment Area	full body	full body + Thro.	Same	full body	full body	full body
Hair Type	Alex	Alex (20)	Soft	Soft ID	Soft ID	Soft Alex
Mode	Alex	Alex (20)	Alex: 20	Alex 20	Alex 20	Alex
Fluence	8J/10ms	7-8J/9.5-10ms	Alex: 20	Alex 20	Alex 20	9J/10ms
Pulse Type	8J/10ms	7-8J/9.5-10ms	9J/10ms	9/10ms	9/10ms	9J/10ms
CNT Pulse	8J/10ms	7-8J/9.5-10ms	9J/10ms	9/10ms	9/10ms	9J/10ms
Passes	Bikini-8J/14ms	Bikini-8J/14ms	Bikini-7/12	Bikini	Bikini	Bikini-8J/13ms
Starting Time	8 PM	8 PM	10:20 PM	15:18ms	15:18ms	
Finish Time	9 PM	8:12 PM	10:20 PM	1 Pass	1 Pass	
Post Treatment	HIRODOLD	HIRODOLD	HIRODOLD	Hindoid	Hindoid	

Therapist Name and Signature

She has 6th session
 from her sister.



مركز أوركيڤد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,500.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006775

Date: 28-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003363 - dena 000 - 971502025122

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **4,500.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Being **ADVANCE FOR 12 SESSIONS BY OFFER 4900 + VAT BALANCE 130 shared with 1003862**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,500.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006775

Date: 28-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003363** - dena **000** - 971502025122The sum of Dhs. **Four Thousand Five Hundred Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **4,500.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Being **ADVANCE FOR 12 SESSIONS BY OFFER 4900 + VAT BALANCE 130 shared with 1003862**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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-006076)

Date: 22-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003363 - dena 000 - 971502025122

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 22-11-2019

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 : 1003363 - dena 000 - 971502025122

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