



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 29/11/19

Date: 29/11/19  
Patient Name: Nacama  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 8/12/1993 Gender (الجنس): M / F  
Nationality (الجنسية): U.A.E. Occupation (الوظيفة):  
Address (العنوان): Sharjah  
E-MAIL: nagama19993@ohd.moi.com

File Number: 1003433

اسم المريض: ناعمة راسمة

صبيحة

الحالة الاجتماعية: (الحالة الاجتماعية):

جنس: أنثى

رقم الهاتف: 0555809917

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 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 (نقر الدم)، لو كيميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، 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 السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV... 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.

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 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 أي ضمانات أو تأمين لتتاج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجيلية 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 ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي قنحي 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 اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ١٩ / ١١ / ٢٠٢١

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 (ضغط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ادخال المستشفى

Smoking (التدخين) : 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

.....



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,065.00

**RECEIPT VOUCHER**

No: REC-008798

Date: 13-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003433 - naama 000 - 971555809917**

The sum of Dhs. **Two Thousand and Hundred Sixty Five Only**

By Cash **1,065.00** / By Credit Card **1,000.00 (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 bkj (5900) + vat balance 2065**

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**





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 checked="" 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 Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدرية؟ <u>نعم</u> / 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؟ <u>نعم</u> / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الإيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ <u>نعم</u> / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydrocuenon on Site?Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ <u>نعم</u> / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتفك أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ <u>نعم</u> / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? .....	هل كنت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ .....
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ <u>نعم</u> / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك اي وشموم / تاتو في منطقة العلاج؟ <u>نعم</u> / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ <u>نعم</u> / لا
What products you are using for your skin recently? .....	ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حاليا؟ .....
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ <u>نعم</u> / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل انت حامل؟ <u>نعم</u> / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ <u>نعم</u> / 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

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

.....

رَبِّحْ

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

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

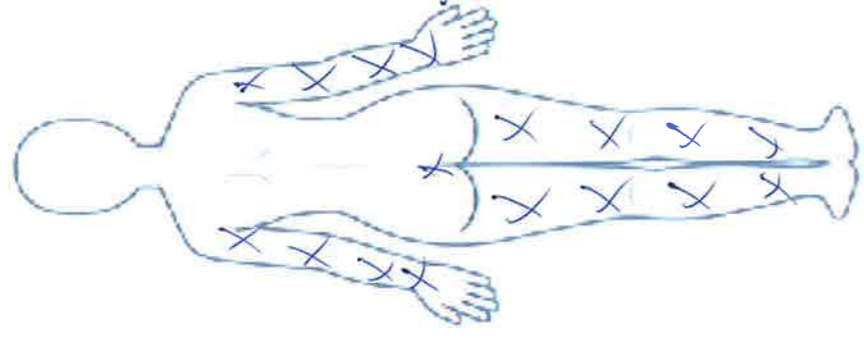
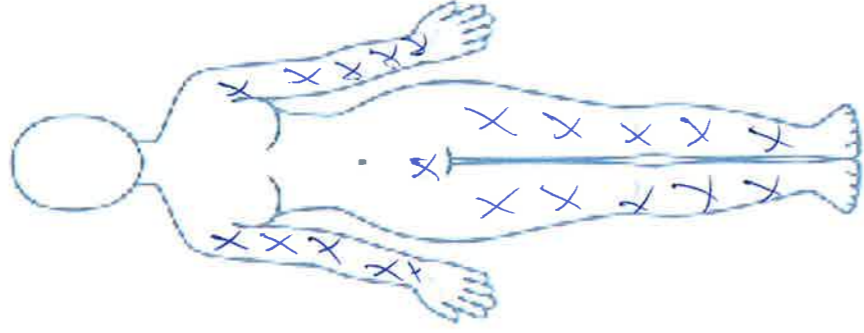
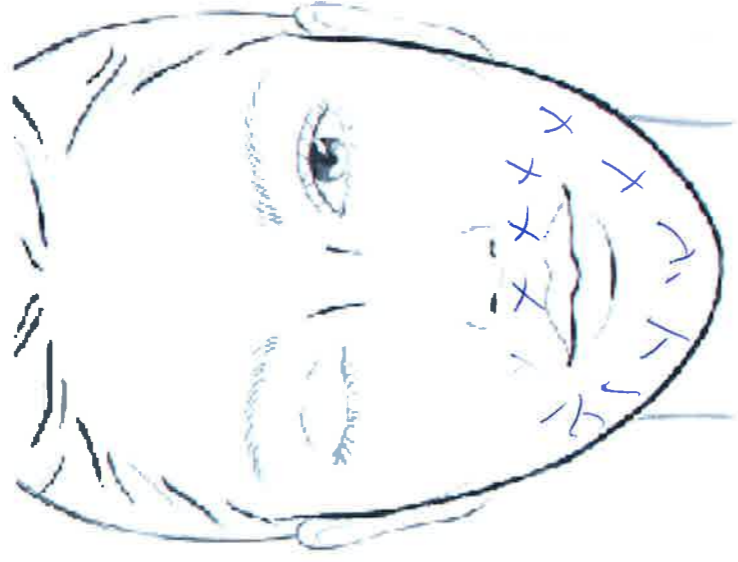
أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

أنا ..... بمحض إرادتي وأبني على ما علمت من المعلومات الطبية والبيانات الشخصية التي تقدمت بها في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر لإزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

Patient's Name: Naima ..... **اسم المريض**  
 File Number: ..... **رقم الملف**  
 Pain Relief given? Yes / No ..... **Evaluation and consent form completed? Yes / No**  
 Pretreatment photography taken? Yes / No ..... **Pretreatment photography taken? Yes / No**



skin type 4

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	28/11/19	10/01/20	14/03/20	14/5/20	01-07-20	
Treatment Area	full body	Same	Same	full body	FD	
Hair Type	thin	Thin	Self	Soft	soft medium	
Mode	Alex	Alex	Alex: 20	MD yag 20	MD yag 20	
Fluence	7-8 J/10ms	7-8/10ms	7 J/10ms	17 J/15mp	19/15	
Pulse Type	S-S → 20				19/20	
CNT Pulse						
Passes	1	Bikini-YAG	Bikini-14 J/6s	1 pass	1 pass	
Starting Time	3:50 pm	14 J/17ms	3:30 pm	3:05	3:47	
Finish Time	24:50 pm	4:30 pm	HIRUDOID		4:50 pm	
Post Treatment						

Therapist Name and Signature .....





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-006223

AED 1,000.00

RECEIPT VOUCHER

Date: 29-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003433 - naama 000 - 971555809917**The sum of Dhs. **One Thousand Only**By Cash **1,000.00** / 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 MESO 1200 + 3 SESSION CARBON 450 + VAT BALANCE 732.50**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](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



مركز أوركيڤد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 787.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006230)

Date:29-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003433 - naama 000 - 971555809917

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

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

Bank:

Date: 29-11-2019

Cheque No.

Being **FULL BODY + VAT DEKA THURSDAY OFFER**

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 : 1003433 - naama 000 - 971555809917

---

**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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 992.25

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007003)

Date:10-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003433 - naama 000 - 971555809917

The sum of Dhs. **Nine Hundred Ninety-Two Dirhams and Twenty-Five Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **992.25** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 10-01-2020

Being **laser full body + vat 10 % discount esaad card**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 : 1003433 - naama 000 - 971555809917

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



كارت الامتياز  
Privilege Card

pesona  
esaad

NAEMA FAHAD ALTINIJI  
HMP531814



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 420.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006619)

Date:20-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003433 - naama 000 - 971555809917

The sum of Dhs. **Four Hundred Twenty 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 **420.00**

Bank: Cheque No.

Date: 20-12-2019

Being **1 session meso face + 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 : 1003433 - naama 000 - 971555809917

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006620

Date: 20-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003433 - naama 000 - 971555809917

The sum of Dhs. **Three Hundred Fifteen Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **315.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **advance for 2 sessions 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

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

## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

جهاز Q-Switch Laser أقر أنا اطلاسة وليد حبيب الحكيم بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لاجراء العلاج باستخدام

ليزر ال  التقشير الكروني باستخدام لوشن الكروني يتبعه التقشير بالليزر هو أحد الإستخدامات لإعادة تصارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشذوذ الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إحصار الجلد، إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تتبع الحبوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت، بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معضمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مرآجة كل 3-6 اشهر.

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكرون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكرون مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإنتهاء. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الإصافر(الوضع A)

. بيز إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكوتان) خلال ال6 اشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

. الأمراض الجلدية والتهابات و الاورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(كون الندوب الجلدية)

. التهاب.

أفهم تماما ان النتائج المتألمة تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوة ان تتحقق بعد الجلسة الأولى. ولا يتضمن الطبيب رضائي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الي إنهاء خطة العلاج، و انا افهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الي استجابتي للليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد العلاج، وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والندبة بالبشرة التي شرحت لي بالكامل.

أفهم ان كما هناك منافع للاجراء المطلوب، افهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الانتعاش، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الي فترة شفاء.

أفهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت، تأثيرات مشابهة لتأثيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الي عدة أيام فقط، تغيرات صبغية ( بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الي ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكّة، الم، الحكة، التهاب، ندوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية أثناء العلاج . وعلى ايضا ابقاء عينايا مغلقتان أثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فملم ومضاعفات التخدير.

لقد تم شرح العلاج بكامله فوائده ومضاعفاته المحتملة، وقد تمت الاجابة على جميع اسئلتني وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التوقيع:

التاريخ:

اسم المريض/ولي امر المريض:



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006368)

Date:06-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003433 - naama 000 - 971555809917

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 06-12-2019

Being

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 : 1003433 - naama 000 - 971555809917

---

**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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006358)

Date:05-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003196 - AHLAM 00. - 971504342585

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **157.50**

Bank: Cheque No.

Date: 05-12-2019

Being **CARBON LASER + 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 : 1003196 - AHLAM 00. - 971504342585

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



## ورقة الموافقة على التشهير الكيميائي

التاريخ: \_\_\_\_\_

أنا أخول \_\_\_\_\_ تطبيق \_\_\_\_\_ على \_\_\_\_\_ ننصارة بشرتي وعلاجها من  
التصبغات وآثار الحبوب والتجاعيد.  
أتفهم جيدا بأن هذا الاجراء اختياري بحث, وأن النتيجة قد تختلف من شخص لأخر والعلاجات المتعددة  
قد تكون ضرورية.

أتفهم بأنه:  
من المحتمل حدوث بعض المضاعفات التي قد تكون نادرة لكن محتملة.  
ظهور بعض الاعراض الجانبية الشائعة كأحمرار مؤقت, حرق بسيط وقد يستمر لمدة 3 إلى 4 ساعات  
أو لعدة أيام.

تصبغات متغيرة تشمل هايبربيجمنتيشن (فتيح للبشرة) أو ( غامقان بالبشرة) وقد تستمر لمدة 1 إلى

6 اشهر أو أكثر.

بعض الاعراض المحتملة الاخرى كشعور بالحكة, ألم, حرق, التهاب, تقشير, تورم. من المحتمل ايضا  
عدم الحصول على النتيجة المتوقعة أو المرغوب بها.

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

إرشادات قبل وبعد العلاج واجراءات 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

ناعمه بطنجي

التوقيع

اسم الدكتور / المعالج



مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007353)

Date:30-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003433 - naama 000 - 971555809917

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

By Cash 200.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 325.00

Bank: Cheque No.

Date: 30-01-2020

Being yellow peel + 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 : 1003433 - naama 000 - 971555809917

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 أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,065.00 **RECEIPT VOUCHER** No: REC-008147  
Date: 14-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003433 - naama 000 - 971555809917

The sum of Dhs. **Two Thousand and Hundred Sixty Five Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **2,065.00** (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 bkj(5900) for 1 year + vat balance 4130

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)

Handwritten notes and signatures:

- 1003433 (circled)
- 6195 (boxed)
- Three Payments (written vertically)
- 2065 (written twice)
- 2065 (written once)
- 2065 (written once)
- 14/03/2020 (circled)
- 14/03/2020 (circled)
- 14/04/2020 (circled)
- 14/05/2020 (circled)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,130.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009799)

Date:01-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003433 - naama 000 - 971555809917

The sum of Dhs. **Four Thousand One Hundred Thirty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **2,065.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **2,065.00**

Bank: Cheque No.

Date: 01-07-2020

Being **full body 12 sessions + 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 : **1003433 - naama 000 - 971555809917**

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,065.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009801)

Date:01-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003433 - naama 000 - 971555809917

The sum of Dhs. **Two Thousand Sixty-Five 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 **2,065.00**

Bank: Cheque No.

Date: 01-07-2020

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 : **1003433 - naama 000 - 971555809917**

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