



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 29/11/19

Date: 29/11/2019

File Number: 1003436

Patient Name: Madina Mohd ..... اسم المريض: مدينا محمد البراهيم

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

Nationality (الجنسية): فلسطين Occupation (الوظيفة): Receptionist / sales person

Address (العنوان): Al-Sayid Bin Al-Nahdi ..... Phone No. (رقم الهاتف): 0522674040

E-MAIL: N.i.@haw.kli.ck.ke.s ..... How did you know about us: F

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 اي ادوية أو تتلقى اي علاجات حديثاً؟	✓	غلوكونات
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	X	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	X	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	X	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض 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 (سرطان الدم)، لوكيميا	X	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض أخرى	X	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	X	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		غلوكونات
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية أخرى	X	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	X	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	X	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	X	
Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ 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.

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 لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما 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 القرح 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 قسفي للملف صحية، و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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: ٢٩ / ١١ / ٢٠١٩

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نمط 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 (تداعوي 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

.....



## 1 Year Laser Hair Removal Treatment agreement

Patient Name: \_\_\_\_\_ File No: \_\_\_\_\_

Agreed Machine:  Deka Air Cooling  Vikini Diode Laser with Gel

Package Price:  AED

Date: 29/11 / 19

I am Nadia agreed to purchase a one year laser hair removal treatment package as per the below terms:

- Package includes up to 12 Sessions one monthly for one year.
- Package sessions are valid for appointments within one year only from the first session date only (any appointment after that is not considered in the package and will be paid separately)
- Any Booked and Non attended appointment for session it will be considered as done and will not be redeemable.
- Any Paid Amount is non-refundable under any reason or term.
- In Case of changing appointment booking shall inform orchid medical center before at least 48 hours from appointment date.

Name: Nadia

Signature: 

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

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	Nadia Mohammad, Walid,, Ibrahim	IDN:	784199924219605	Mother Name:	
Name (Ar)	ناديا محمد وليد ابراهيم	Card Number:	096119092	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PSE	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	فلسطين		
Issue Date:	22/08/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	19/08/2021	Date of Birth:	12/04/1999	Sponsor Name:	مركز هيركلينتون العنابه بالشعر ش.ذ.م
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120192619160	Residency Expiry:	19/08/2021
ID Type:	IL	Occupation:	96	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

11/29/2019





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,500.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006224

Date: 29-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003436 - NADIA 00. - 971528674040**

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,500.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR 1 YEAR PKG FULL BODY 12 SESSION DEKA 5900 + VAT SHARING WITH HER SISTER ALAA FILE 1003435 6 SESSION EACH**

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)**





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"/> Always Burned, Never Tanned <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned <input checked="" type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned
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	<input checked="" type="checkbox"/> لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No هل تناولت عقار الأكيوتان/ الإيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> 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؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No هل قمت بتفك أو كي أو إزالة الشعر بالشع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? ..... Do/ Did you use any tanning products? Yes / No هل كنت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم / لا هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No هل لديك ايوشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
What products you are using for your skin recently? .....	ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حالياً؟ .....
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No هل أجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No لل سيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
Have you done any permanent make up? Yes / No هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> 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 the- 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.

أنا ..... بالتفويض الى مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المشعور. تفهم أن أشعة الليزر تنتج طبقة 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 التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص لاج. و اني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك و الكريمات و إزالة شعر بالشع و الكي و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر. بانني قد تلقيت التعليمات التالية:  
: يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج. يجب تقادي إزالة الشعر بالشع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل. لوشوم 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 تعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر. هم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات وصول على النتيجة المطلوبة. أعراض الجانبية تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق و من الممكن حدوث بعض التورم و بقعات. و هذه الأعراض الجانبية ستلتفي خلال بضع ساعات الي عدة أيام بعد العلاج. نقص زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تنوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.  
أنه قد أتيتحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و مت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلغي السن القانوني.

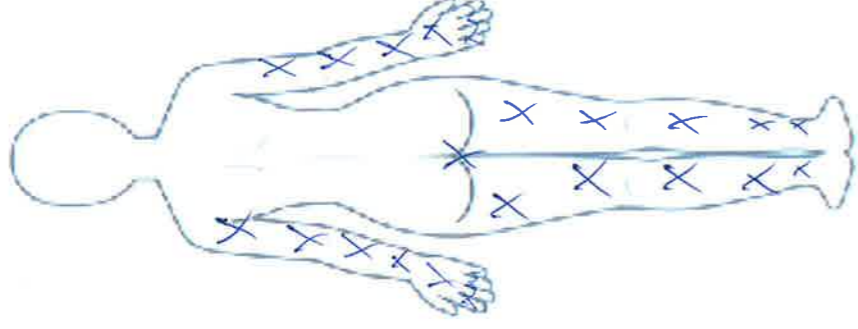
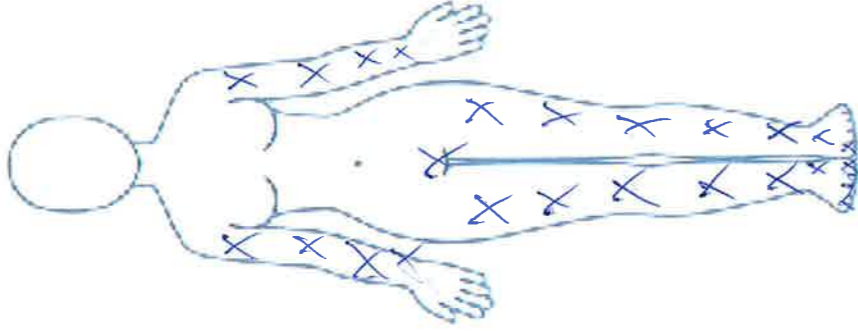
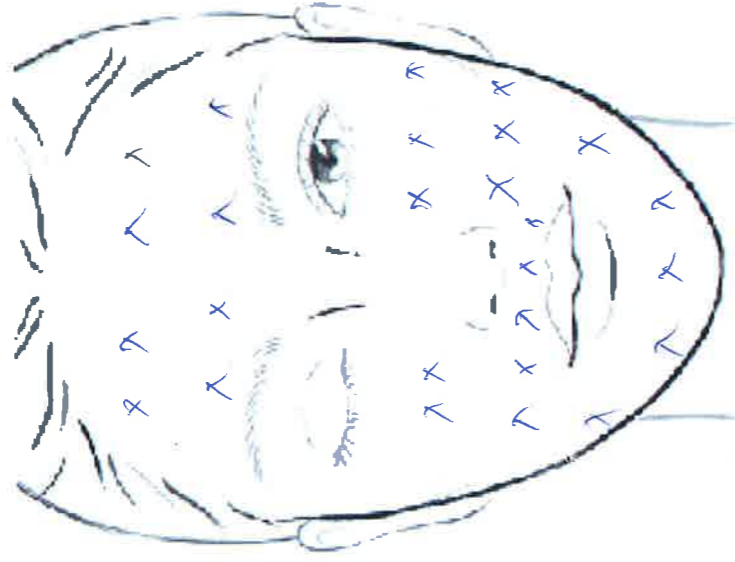
Name and Signature .....

Date ..... / ... / .....

ربح .....

(hair clinic dubai)

Patient's Name: ..... **Nadia** ..... **اسم المريض:**  
 File Number: ..... **1003431** ..... **رقم الملف:**  
 Pain Relief given? Yes / No ..... **Yes** ..... **1003431** ..... **Pre-treatment photography taken? Yes / No**



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	3/12/19	10/01/20	4/3/20			
Treatment Area	Face body	face body	face body.			
Hair Type	Dark	Soft	Soft			
Mode	Alex 20	Alex	Alex 20			
Fluence	8/10.5 ms	8J/11-10.5	8/10ms			
Pulse Type	Bikini	Bikini-YAG	Bikini YAG			
CNT Pulse	12/18ms	15J/18ms	15/17ms			
Passes						
Starting Time	2pm					
Finish Time	3pm					
Post Treatment	Hindoid	HIRODROID	HIRODROID			
		Sensitive Skin				

Therapist Name and Signature .....



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008729)

Date: 07-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003436 - NADIA 00. - 971528674040

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: 07-05-2020

Being 1 session carbon + 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 : 1003436 - NADIA 00. - 971528674040

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

## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا الدكتور محمد صلاح إبراهيم بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج

هو احد الإستطبات لإعادة التقشير الكريوني باستخدام لوشن الكريونو بتمعه التقشير بالليزر • جهاز ليزر ال Q-Switch Laser باستخدام

خطوط الوجه والشفة الصبغي (البقع الحمراء والنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم , علاج التجاعيد ,ضخامة البشرة , وعلاج علامات التقدم بالسن بالاس وحالات أخرى), تحسين ملمس البشرة ,علاج حب الشباب ,احمرار الجلد ,إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب), الندوب التي تتبع إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح 3-5 جلسات معضمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات ,الحبوب, توسيع مسامات الجلد .مراجعة كل 3-6 اشهر

تقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكريون, بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر • لوشن الكريون مما يستهدف الأصبغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف وزيادة التصبغات بعد الإلتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف

.إزالة الوشم بالليزر .

.الأورام الصبغية.

. تشقير الشعر .

الإصافر (الوضع فطريات إزالة A.)

بببر إزالة الكلف (الوضع M.)

:مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن

.تداول عقار الأيسوترتينوين (الأكيوتان) خلال ال6 اشهر الماضية .

.الحمل والرضاعة .

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

.مشاكل في الجهاز المناعي .

.الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي .

(ضعف الشفاء)كون الندوب الجلدية .

.البهاق .

درجة التحسن بعد أتعهم تماما ان النتائج المتألية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوحة لن تتحقق بعد الجلسة الأولى. ولا يتضمن الطبيب رضاي عن عدة جلسات

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

أتفهم ان كما هناك منافع للإجراء المطلوب, اتفهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الالتئام, ماعدا التقشير الناعم الذي



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-008728

Date: 07-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003436 - NADIA 00. - 971528674040**

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **157.50 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: \_\_\_\_\_ Cheque No. \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Being **advance for 1 session carbon + 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**  
**www.omc1.ae**