



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 03/10/2019.

Date: ... / ... /

File Number: 1003461.....

Patient Name: NADIA MUMTAZ.....

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 04/01/1979

Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Nationality (الجنسية): AUSTRALIAN

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): ABU-DHABI

Phone No. (رقم الهاتف): 0564491666

E-MAIL: nadiznad@hotmail.com

How did you know about us: SISTER

التاريخ الطبي Medical History	
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	X
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 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 ممييعات الدم؟	X
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) ، لوكيميا (نقر 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 بولية أو تناسلية؟	X
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت 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 معوية، داء كرون، أي أمراض معوية 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 هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV... etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	X

Taking medicine for BP



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 لتتأخر العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي. كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

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

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب 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 لدي فنحنى للملف الصحية و اتفهم 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: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نمى الدم):
Pulse (النمى):	ppm	Blood Pressure (نمى الدم):	/	Blood Sugar (نمى الدم):

سبب زياره المريض للعياده Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيه Allergies

الادويه Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقه , احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامه و السريرييه General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعيه Radiography

التشخيص Diagnosis

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO

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,,,Mumtaz	IDN:	784197963736588	Mother Name:	
Name (Ar)	ناديا,,,ممتاز	Card Number:	093701346	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	AUS	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	أستراليا		
Issue Date:	20/03/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	16/03/2021	Date of Birth:	06/01/1979	Sponsor Name:	لياقه على
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	0196616735
Residency Type:	03	Residency Number:	10120173015551	Residency Expiry:	16/03/2021
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

12/3/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,575.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-006283)

Date: 03-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003461 - NADIA MUMTAZ - 971564491666

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:

Date: 03-12-2019

Cheque No.

Being **6 SESSION BIKINI + 6 SESSION UNDER ARMS + 6 SESSION FACE 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 : 1003461 - NADIA MUMTAZ - 971564491666

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 type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار
<input checked="" 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 جديرة؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا البسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotretinome in the last 6 months? Yes/No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينوم خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydrocortison on Site? Yes/No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكورتيزون 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 بالشع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes/No	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 وشموم / 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? <i>Nakha, Zojem</i>	ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حاليا؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes/ No	هل أجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant? Yes/ No	للسيدات فقط: هل انت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes/No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم لليج؟ نعم / لا

I, Nadia Muntaz, 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

Nadia Muntaz

Date

03/12/2019

سم و التوقيع

رَبْع

..... / /

أنا أوافق على إجراء إزالة الشعر بالليزر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.

أفهم أن أشعة الليزر تنتج طبقاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتمصاصها في الأصباغ الموجودة في بصليات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر.

أفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و اني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتف و الكريمات و إزالة شعر بالشع و الكي و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.

يجب تعادي إزالة الشعر بالشع أو التفتف قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.

ليوشوم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات و المساسية و نوع البشرة

للشخص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه 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 بقع, و هذه الأعراض الجانبية ستتلاشى خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج.

زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها, و ينصح بعدم التعرض لأشعة

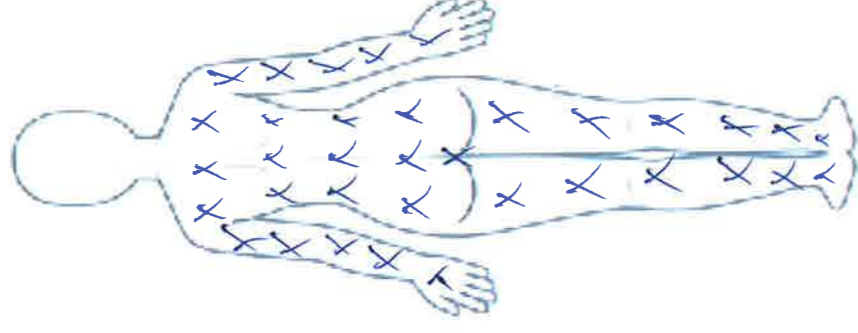
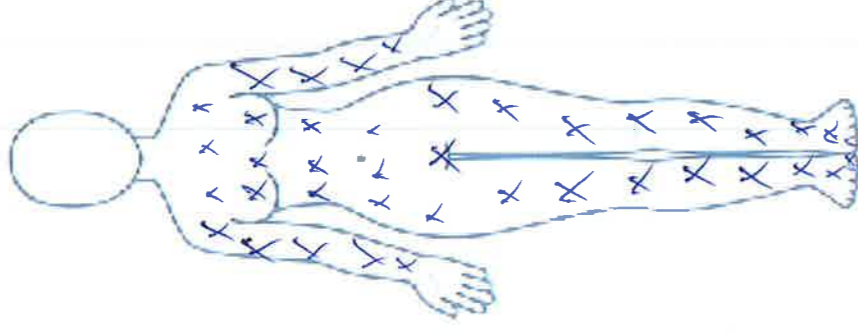
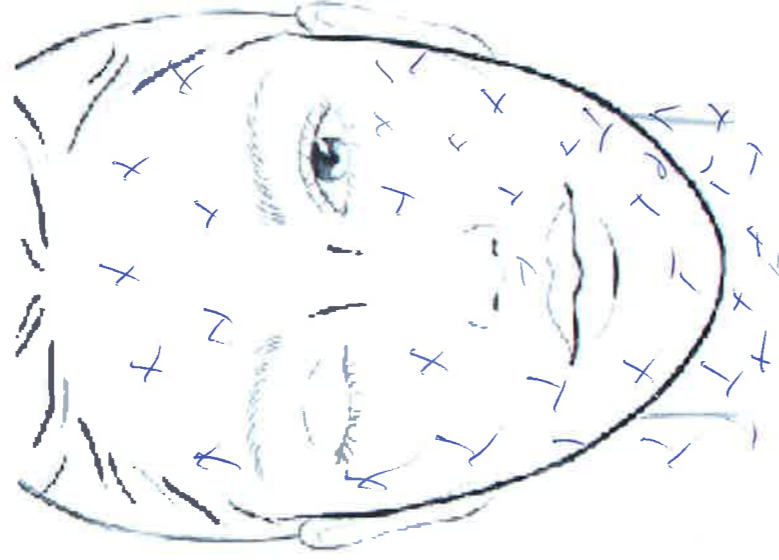
شمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أنه قد أتيت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و

تحتفظت بهذا الاقرار أو قد تمت قرأته لي, و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت

ب موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانوني.

Patient's Name: Nadia Mantaz :اسم المريض
 File Number: :رقم الملف
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No
 Pain Relief given? Yes / No 1063461



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date		2/11/2020	7/2/20	6/03/20	4/4/20	9/05/20
Treatment Area	Full face Full bikini axilla.	Full body	Full body + Yog (20)	Same.	Full body	Same.
Hair Type					S/M/D	Med/Soft.
Mode	ND 944	Nolym		NDVAG	ND VAGA	
Fluence	Face - 16/15ms	FBT 15/2ms	10x-15/12	Hands-14J/6ms	14J/16ms	NDVAG
Pulse Type	Bim - 12/10ms	Face Full 5ms	ARM-14/10	legs-14J/17ms	14/17	16J/15ms
CNT Pulse	axilla 18/20ms	full arm 20+ bic	face - ALEX (9)		1000 leg	
Passes	1	15/15ms	8/10	Face-NDVAG: 16	3-38m	B. kim-14J/16.5
Starting Time		Bim+ax	9:30pm	B. kim-14J/17ms	5pm	
Finish Time	5:30pm	5:30pm	1 part		Handed	Handed
Post Treatment	Handled		Handled	Handled		

Therapist Name and Signature Handled



مركز أوريد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,570.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006860)

Date:03-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003461 - NADIA MUMTAZ - 971564491666

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 3,570.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 03-01-2020

Being she take 12 sessions by offer 4900 + vat but she paid befor 1500 for 6 sessions (bikini + face + under arms) she will continue other part like 1 session from offer

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 : 1003461 - NADIA MUMTAZ - 971564491666

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 150.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006864

Date: 03-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003461 - NADIA MUMTAZ - 971564491666**The sum of Dhs. **One Hundred Fifty Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **150.00 (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 sessions carbon laser + vat balance 322.5**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

No: REC-008649

Date: 02-05-2020

RECEIPT VOUCHER

AED 315.00

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003461 - NADIA MUMTAZ - 971564491666**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 carbon + 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

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007766)

Date:21-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003461 - NADIA MUMTAZ - 971564491666

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: 21-02-2020

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 : 1003461 - NADIA MUMTAZ - 971564491666

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 322.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-007765

Date: 21-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003461 - NADIA MUMTAZ - 971564491666

The sum of Dhs. Three Hundred Twenty Two and Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 322.50 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Being advance for 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

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

Curas Laser Patient Consent Form

I, Nadwa, hereby authorize Dr. _____ And/or associates/assistants to perform Q-Switch Laser Treatment.

- CURAS Q1064nm / 1064nm carbon peel using carbon lotion , followed by a soft peel and then finally a CURAS peel is indicated for skin rejuvenation, photo aging, wrinkles, fine lines, dyschromia's (undesirable red and brown discolorations associated with aging or other conditions), textural improvement, acne including erythema (redness) and depigmentation (abnormal brown discoloration from acne), acne scars, enlarged pores, and temporary removal or lightening of unwanted vellus (small, fine lightly colored) hairs. Generally. 3-5 treatments at 2-4-week intervals and maintenance treatments at 3-6 months intervals are recommended.
- Soft Peel and laser toning is a Q-Switched 1064 mode only peel without carbon lotion, while the soft peel on the other hand is laser toning plus carbonic lotion targets deeper (dermal) pigment common in melasma and post-inflammatory hyperpigmentation. This 6-12 treatment at 3-6 months intervals are recommended.
- Tattoo Removal.
- Pigmented lesions.
- Hair Bleaching.
- Nail fungus mode (A mode).
- Melasma Expert (M Mode).

Relative and absolute contraindications to treatments include: Isotretinoin (i.e Accutane) use in the last 6months, pregnancy / breastfeeding , active skin disease or infection or untreated skin cancer in the treatment area, compromised immune systems, AIDS/HIV or hepatitis, impaired healing (e.g.keloid scar formers), vitiligo.

I understand that optimal results are achieved with a series of treatments and that I will not see optimal results after one treatment, nor can the doctor guarantee my satisfaction with the level of improvement even after multiple treatments.



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008269)

Date: 23-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003461 - NADIA MUMTAZ - 971564491666

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: 23-03-2020

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 : 1003461 - NADIA MUMTAZ - 971564491666

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

The need to complete a treatment plan has been fully explained to me. Also, I understand that clinical results may vary depending on my response to laser and my compliance with pre and post treatment instruction. I have followed all pre-laser requirements previously provided to me and I understand and will follow the recommendations provided here for post treatment care of my skin, which have discussed with me.

Just as there are benefits to the procedure proposed, I understand that this procedure also involves risks and possible healing (down time) excluding laser toning/soft peel which is typically a no downtime procedure. I understand that serious complication is rare but possible. Common CURAS peel side effects include temporary redness and mild 'sunburn like effects; that may last few hours to a day or more. Pigment changes (light or dark spot on the skin) or prolonged redness lasting 1-3 months or longer may occur. Other potential risks include itching, pain, bruising, infection, scarring, and swelling. Laser light can cause eye damage and provided protective eyewear must be worn during treatment. Also, I will keep my eyes closed during treatment. I consent topical and or local anesthesia as needed, which involved risks of anesthetic drug reactions and complications.

The procedure, as well as potential benefits and risks, have all been explained to my satisfaction. I have had all my questions answered to my satisfaction. I freely consent to the proposed treatment.

Name of patient/Legal Guardian
Nadwa

Signature: *Nadwa*

Date:

Physician's Signature:

Date:



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008945)

Date:21-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003461 - NADIA MUMTAZ - 971564491666

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: 21-05-2020

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 : 1003461 - NADIA MUMTAZ - 971564491666

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