



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 3 / 12 / 2019

Date: 3/12/2019 File Number: 1003462  
Patient Name: Ziyad Al Biak  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 25 / 11 / 1983 Gender (الجنس): M / F  
Nationality (الجنسية): S.A.S.A. Occupation (الوظيفة): جراح قلب  
Address (العنوان): Sakha, Mulla  
Phone No. (رقم الهاتف): 528335599  
E-MAIL: .....

How did you know about us: .....

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

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

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

### نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بملاحج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل،

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالمعالج 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 لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما 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 الام 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 لدى فتحني الملف صحيحة. و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ينبغي 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: ... / ... / .....

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 ، أبحال المستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تعاظم العاقلم) : 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 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 سابقاً علامات ندوب أو جدرية؟ 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 Isotretinone in the last 6 months? Yes/ No    | هل تناولت عقار الأكيوتان/ الإيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا                  |
| Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquinon on Site?Yes/ No     | هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك 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 أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا |
| Did you get exposed to sun or got tanned lately? .....                 | هل كنت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحضة شمسية؟ 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 أي وشموم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا  |
| Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No      | هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / 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 أي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا   |
| For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No                                | السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا  |
| Have you done any permanent make up? Yes / No                          | هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا  |

I ..... hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Sharijah 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

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

سم و التوقيع

تاريخ

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

أنا ..... أوافق على المشاركة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.

أفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم ماصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر.

أفهم 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

للاج. و اني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التفت و الكريمات و ازالة شعر بالشمع و الكي و اني اخذت ازالة الشعر بالليزر.

بأني قد تلقيت التعليمات التالية:

: يسمح بالتسمير او استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-٦ أسابيع قبل و بعد العلاج.

يجب تعادي ازالة الشعر بالشمع او التفت قبل العلاج ب ٦ اسابيع على الاقل.

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

يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملاً و يشمل ذلك العلاجات و المساسية و نوع البشرة

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

٤٤ أنه برغم التغيير الذي قد ألمحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات

وصول على النتيجة المطلوبة.

بمراض الجانبية

تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق و من الممكن حدوث بعض التورم و لثقلات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال وضع ساعات الي عدة ايام بعد العلاج. نقص

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

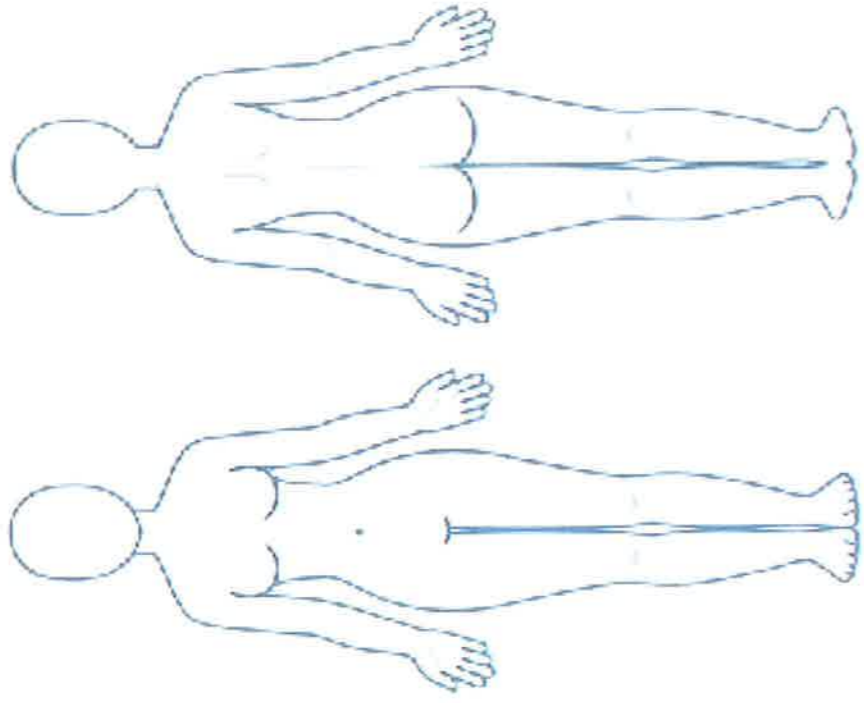
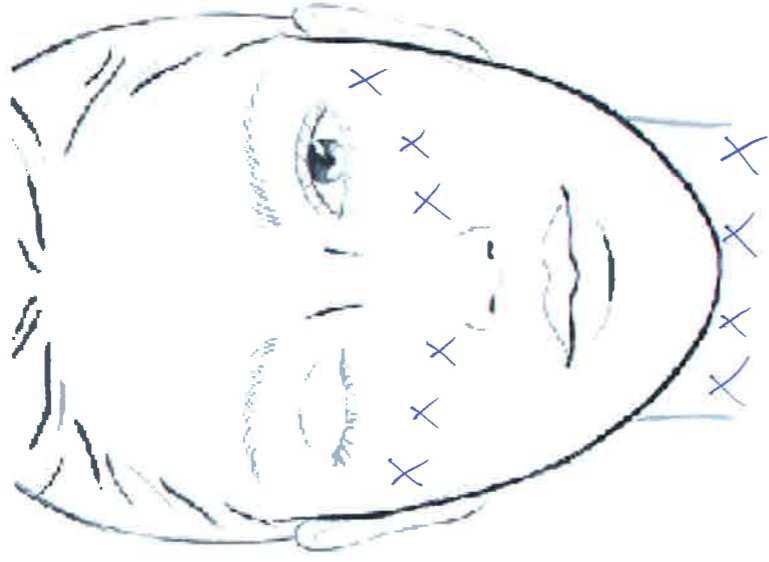
شمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أنه قد أتيتحت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة الي المعالج المختص و اني قد قرأت و

تحت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قرأته لبي. و اني تجاوزت الثامنة عشر من عمري او حصلت

ب موافقة ولي أمرى في حال عدم بلغي السن القانوني.

Patient's Name: Ziyad ..... اسم المريض  
 File Number: ..... 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 | 3/12/19      | 19/01/20  | 22/3/20   | 13/5/18      |           |           |
| Treatment Area | Beard + Neck | Same      | Same      | Beard + Neck |           |           |
| Hair Type      |              |           |           |              |           |           |
| Mode           | DPI          | NDYAG     | NDYAG     | NO YAG       |           |           |
| Fluence        | 147/BURST    |           |           | 12/18ms      |           |           |
| Pulse Type     |              | 127/20ms  | 127/19ms  |              |           |           |
| CNT Pulse      |              |           |           | 1 pass       |           |           |
| Passes         | 2            | 1         | 1         |              |           |           |
| Starting Time  |              |           |           |              |           |           |
| Finish Time    | 4:30pm       | 8pm       | 8pm       |              |           |           |
| Post Treatment |              | HIRUDOID  | HIRUDOID  |              |           |           |

Therapist Name and Signature .....

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            | Zyad,Mohammad Amin,Al Biek | IDN:              | 784198393108430           | Mother Name:      |   |
| Name (Ar)       | زياد محمد امين، البيك      | Card Number:      | 093091883                 | Mother Name (Ar): |   |
| Title:          |                            | Nationality:      | SYR                       | Family ID:        |   |
| Title (Ar):     |                            | Nationality (Ar): | الجمهورية العربية السورية |                   |   |
| Issue Date:     | 11/02/2019                 | Sex:              | M                         | Sponsor Type:     | 06  |
| Expiry Date:    | 23/01/2021                 | Date of Birth:    | 25/11/1983                | Sponsor Name:     | شركة فجر نبي للتشاعات املاكها سميح محمد احمد الطاهر شركة الشخص الواحد |
| Marital Status: | 02                         | Husband IDN:      |                           | Sponsor Number:   | 00  |
| Residency Type: | 02                         | Residency Number: | 20120152027037            | Residency Expiry: | 23/01/2021  |
| ID Type:        | IL                         | Occupation:       | 2142                      | Occupation Field: | 00  |



Photo

Signature Image

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

12/3/2019





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 352.80

RECEIPT VOUCHER (No. REC-006284)

Date: 03-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003462 - ZIYAD AL BIEK - 971528335599

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 352.80 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 03-12-2019

Being 7 SESSION BEARD LINE + VAT NATIONAL DAY 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 : 1003462 - ZIYAD AL BIEK - 971528335599

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