



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 10 / 12 / 19 .

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

File Number: 1003637

Patient Name: R.A

اسم المريض: (أحمد عبد الرحمن يوسف)

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 18/8/1980

Gender (الجنس): M / (E)

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): Saudi

Occupation (الوظيفة):

زوجة

Address (العنوان):

المشاركة... الخائن... المشهود... توير

Phone No. (رقم الهاتف): 559563758

E-MAIL: .....

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

التاريخ الطبي Medical History		
العلة 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؟	/	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	/	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	/	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	/	الزائدة البرازية ويوماو
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	/	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	/	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	/	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض أخرى	/	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	/	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مائع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	/	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية أخرى	/	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، ذاء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	/	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	/	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	/	
Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc	/	



### Medical Consent Form

I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition which has been explained to me by the qualified physician

I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.

I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.

I authorize my treating doctor to perform any procedures which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment.

I understand that there are also risks and hazards to the performance of the diagnostic and/or surgical procedures.

I realize that common surgical or diagnostic procedures are potential for an infection, swelling, bleeding, pain or allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full before the completion of treatment.

I consent that all medical history and information I provided in my medical file is true and I understand that any information I provide regarding my medical status will be kept confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that this form has been fully explained to me and that I have read it and I understand its content and I sign it with all my will.

I am fully aware that any payments is NON refundable

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

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

### 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 تزيدي بالعلاج الأمتل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف 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 العلاج 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 الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم بالأحد 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 فتحتي للسلف صحيحة، و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الأطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

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

التاريخ: ١٠ / ١٤ / ٢٠١٩



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
10/12/19	LHR full face (Delca)	Dr. Wasan Marwan Al Tabbat		Wasan
	LHR full face (Delca)	Dr. Wasan Marwan Al Tabbat		Wasan
31/12/19	LHR full face (Delca)	Dr. Wasan Marwan Al Tabbat		Wasan

Dr. Wasan Marwan Al Tabbat  
 Dermatology Specialist  
 MOH License No. 7857038  
 Dr. Wasan Marwan Al Tabbat  
 Dermatology Specialist  
 MOH License No. 7857038  
 Orchid Medical Center

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....





precisely Kindly Answer the following questions \*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة

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 checked="" type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydeoquenon on Site? Yes / No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوترينوتين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم/ لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهاليدريكينون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? ..... Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل قمت بتنق أو كي أو إزالة الشعر بالشع في منطة العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة ؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?.....	هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية ؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حاليا؟ .....
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / 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.

Name and Signature

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

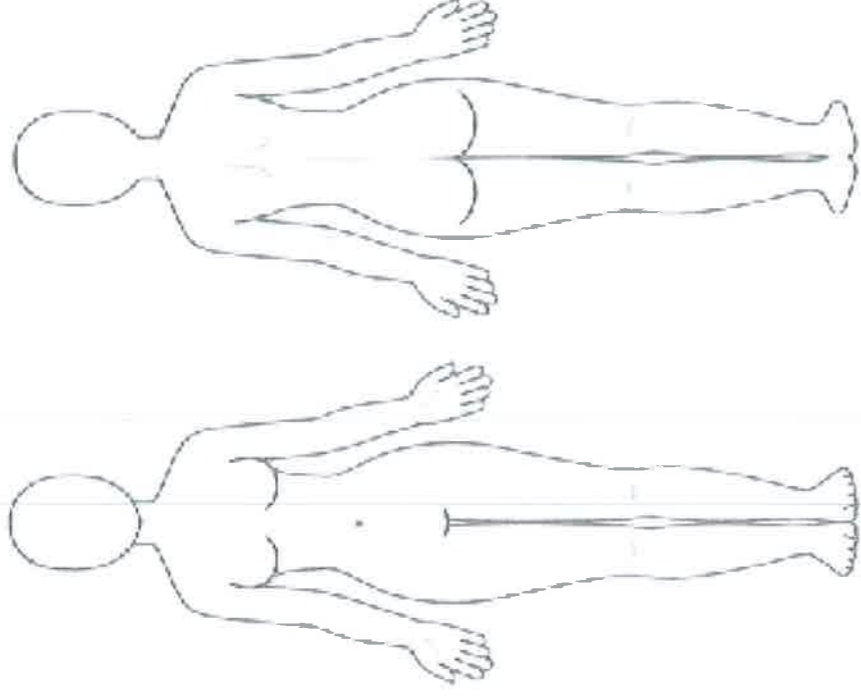
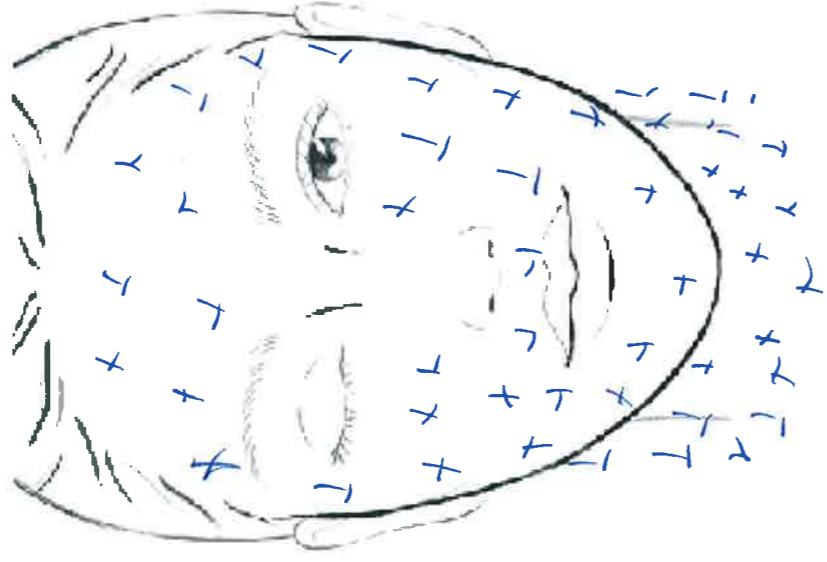
أنا ..... أقدمي إلى ز اوركيد الطبي/ الشارقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر. تفهم ان أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتمصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على اثناء الشعر. تفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع شعر و التزام المرضى بتعليمات العلاج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص لاج. و إنني علم على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتليق و التفت و الكريمات و إزالة شعر بالشع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

بأني قد تلقيت التعليمات التالية:  
: يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل و بعد العلاج؛  
جب تقادي إزالة الشعر بالشع أو التفت قبل العلاج ب ٦ أسابيع على الأقل.  
لوشوم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.  
جب اعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة لأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من لتعرض الشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.  
هم انه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات وصول على النتيجة المطلوبة.  
عراض الجانبية  
تتضمن الاعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و نكفات. و هذه الاعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج. نقص زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة محس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.  
انه قد أتحدث لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أني قد قرأت و ت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و أني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت با موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

سم و التوقيع  
.....

ريخ  
..... / ... / .....

Patient's Name: Roaa ..... اسم المريض .....  
 File Number: ..... رقم الملف .....  
 Pain Relief given? Yes / No .....  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No .....  
 Pretreatment photography taken? Yes / No .....  
1003537



next time  
 w,

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	10/12/19.	15/1/20.	3/3/20			
Treatment Area	Full face	Full face	Full face			
Hair Type	Soft / Thick	Soft / Medium	M/Dark			
Mode	Scattered	95/12.5	MD YAG ID			
Fluence	8/12	Alex (16)	21/15 ms.			
Pulse Type			1 pass			
CNT Pulse	1		8 pm			
Passes		8 pm				
Starting Time						
Finish Time	6 pm					
Post Treatment	Hindoid	Hindoid	Hindoid			
	beey	beey	beey			

Therapist Name and Signature .....



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006445)

Date:10-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003537 - ROAA 000 - 971559563758

The sum of Dhs. **Four Hundred Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **472.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 10-12-2019

Being **she take 3 sessions full 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 : 1003537 - ROAA 000 - 971559563758

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