



Cherave  
(2)

Date: .....

Age: .....

Sex: .....

Name: .....

Rx

2450  
 3000  
 5200  
 8610  
 2  
 220  
 8610  
 8700  
 1/2  
 1/2  
 10  
 2850  
 5200  
 8610  
 3 (woman)  
 15 venter  
 1000  
 1533





### 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 القرار الطبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا 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 أفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أفهم تماما 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
- أفهم 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 قيمته لدي فتحي الملف صحيفيا. و أفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية سيبقى 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
- انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

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 ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

**Treatment Plan    خطة العلاج**

*(This area contains faint horizontal lines for writing the treatment plan.)*

Doctor's Signature and Stamp

.....





PATIENT NAME:

Amina

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
14/12/19	HAIR Bikini (Delea)			
14/12/19	Consultation for veneer			
21/12/19	16 VENEERS			D. Amid
	3 ZIRCON crown BLZ			
14/1/2020	These is 2 Veneer Bio Ken we take new impression أخذت We have given sick leave certificate for 1 day.			D. Amid
14/1/19	full bikini Delea			Dea
14/12/19	full bikini Delea			Dea
20/13/20	full bikini Delea			Dea
28/1/20	full bikini Delea			Dea

د. اميرة حسن  
 Dr. Amira Hassan  
 ممارس عام - طبيب استنان عام  
 G.P General-Dentist  
 ترخيص رقم: D57288  
 Orchid Medical Centre - الطبي

د. مروان الطيب  
 Dr. Wesam Marwan Al-Tayeb  
 استشاري جراحة  
 Specialist Surgeon  
 MOH License No.: 4575  
 Orchid Medical Centre - الطبي  
 MOH License No.: 526  
 Orchid Medical Centre - الطبي



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 الاحتراق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدر؟ 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 Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتونين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes/ No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلاليكويك أو الهيدروكينون 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 بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? .....	هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحمسة 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 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 تستخدمونها / تستخدمها لبشرتك حالياً؟ .....
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل أجريت اي 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/ 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

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

رَبِّح

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

أنا ..... أوافق على إجراء إزالة 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 يتمصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إتمام الشعر.

أفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع شعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص لاج. و إنني علم على كامل كافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق والتف والكريمات وإزالة شعر بالشمع والكلي وإنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

بأنني قد تقيت التعليمات التالية:  
: يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.  
جب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التف قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.

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

جب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات و الحساسيات و نوع البشرة

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

هم أنه برغم التغيير الذي قد يحدث من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات

وصول على النتيجة المطلوبة.

بعض الجانبيه

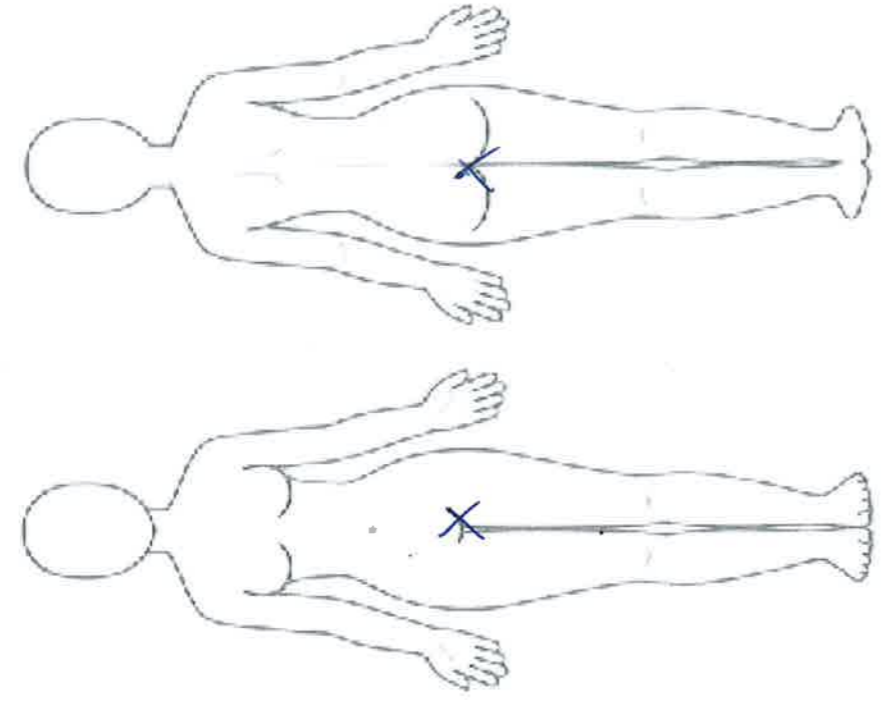
تتضمن الأعراض الجانبيه احمرار البشرة بما يشبه الحروق و من الممكن حدوث بعض التورم و شقوقات. و هذه الأعراض الجانبيه ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج. نقص زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة

شمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

لأنه قد أتاحت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الاسئلة الى المعالج المختص و إنني قد قرأت و ت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و إنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت

ب موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانوني.

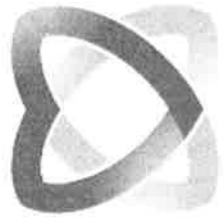
Patient's Name: *Amina* ..... اسم المريض  
 File Number: ..... رقم الملف  
 Pain Relief given? Yes / No .....  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No .....  
 Pretreatment photography taken? Yes / No .....



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	14/12/19	14/1/19	14/2/20	21/6/20	28/5/20	
Treatment Area	Bikini	Bikini full	Bikini full	Bikini full	Bikini full	
Hair Type	Med/Dark	Med/D	Med/D	Med/D	Med/D	
Mode	ND YAG	ND YAG 20	ND YAG 10	ND YAG 10	ND YAG 20	
Fluence	14J/8.5ms	13/18ms	22/22ms	20/20ms	14/18.5ms	
Pulse Type			5 30ms	1 pass	1 pass	
CNT Pulse		12.31N	1 pass	3PM	3PM	
Passes						
Starting Time	6:15 pm					
Finish Time						
Post Treatment	HIRUDOD	Hirudod	Hirudod	Found	Hirudod	
		<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	

Therapist Name and Signature .....





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006524

Date: 14-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003572 - AMINA 00. - 971554302428**The sum of Dhs. **Five Hundred Twenty Five Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **525.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR 6 SESSION BIKINI + VAT BALANCE 525**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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006524

Date: 14-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003572 - AMINA 00. - 971554302428

The sum of Dhs. **Five Hundred Twenty Five Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **525.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Being **ADVANCE FOR 6 SESSION BIKINI + VAT BALANCE 525**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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-006652

**RECEIPT VOUCHER**

AED 4,000.00

Date: 21-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003572 - AMINA 00. - 971554302428**The sum of Dhs. **Four Thousand Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **4,000.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

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

Being **ADVANCE FOR 15 VENEERS + 3 ZIRCON CROWN + 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](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,000.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-006840)

Date: 02-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003572 - AMINA AL MOUSA - 971554302428

The sum of Dhs. **Four Thousand 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 **4,000.00**

Bank: Cheque No.

Date: 02-01-2020

Being **3 ZIRCON CROWN 950\* 3 5 % DISCOUNT + 16 VENEERS \*325 + VAT BALANCE PAID BY 3 CHOS DATED ON 1/2/2020 1/3/2020 1/4/2020**

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 : 1003572 - AMINA AL MOUSA - 971554302428

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



بنك دبي الإسلامي  
Dubai Islamic Bank

MIRDIF CITY CENTER BRANCH منصرف مبنى  
MIRDIF CITY CENTER BRANCH منصرف مبنى

Date 11/3/2020 التاريخ  
أظهر بموجب هذا الشيك لأمر  
إجماليه

Pay against this cheque to the order of  
or the Bearer

دريم 1500  
AED 1500

AMINA ABAS ALMOUSA  
A/C # 060-520-1444693-01

AMINA Signature

Do not write below this space  
لا تكتب في المكان أدناه

Account No. 70 24 20 60 0 0 1 4 4 6 9 3 0 0 1

١٠٠٠٠٠ ٠١ ٧٠ ٢٤ ٢٠ ٦٠ ٠ ٠ ١ ٤ ٤ ٦ ٩ ٣ ٠ ٠ ١

بنك دبي الإسلامي  
Dubai Islamic Bank

MIRDIF CITY CENTER BRANCH منصرف مبنى  
MIRDIF CITY CENTER BRANCH منصرف مبنى

Date 1/2/2020 التاريخ  
أظهر بموجب هذا الشيك لأمر  
إجماليه

Pay against this cheque to the order of  
or the Bearer

دريم 1453  
AED 1453

AMINA ABAS ALMOUSA  
A/C # 060-520-1444693-01

AMINA Signature

Do not write below this space  
لا تكتب في المكان أدناه

Account No. 70 24 20 60 0 0 1 4 4 6 9 3 0 0 1

١٠٠٠٠٠ ٠١ ٧٠ ٢٤ ٢٠ ٦٠ ٠ ٠ ١ ٤ ٤ ٦ ٩ ٣ ٠ ٠ ١

بنك دبي الإسلامي  
Dubai Islamic Bank

MIRDIF CITY CENTER BRANCH منصرف مبنى  
MIRDIF CITY CENTER BRANCH منصرف مبنى

Date 1/4/2020 التاريخ  
أظهر بموجب هذا الشيك لأمر  
إجماليه

Pay against this cheque to the order of  
or the Bearer

دريم 1500  
AED 1500

AMINA ABAS ALMOUSA  
A/C # 060-520-1444693-01

AMINA Signature

Do not write below this space  
لا تكتب في المكان أدناه

Account No. 70 24 20 60 0 0 1 4 4 6 9 3 0 0 1

١٠٠٠٠٠ ٠١ ٧٠ ٢٤ ٢٠ ٦٠ ٠ ٠ ١ ٤ ٤ ٦ ٩ ٣ ٠ ٠ ١

دولة الإمارات العربية المتحدة



United Arab Emirates

بطاقة هوية مقيم

Resident Identity Card



ID Number / رقم الهوية /  
784-1982-7586408-4

الإسم: امينه عيسى الموسى

Name: Amina Abas Almousa

الجنسية: الجمهورية العربية السورية

Nationality: Syrian Arab Republic





14/1/2020

**SICK LEAVE CERTIFICATE**

This is to certify that **MS. Amina Abas Almousa**, NUMBER (1003572) was examined and treated in Orchid Medical Center IN DENTAL Clinic on 14-1-2020 BY DR. AMIRA ABDEL RAHEEM

And need to have rest for 1 day from 14-1-2020 TO 14-1-2020

Diagnosis

DENTAL TREATMENT

Dr. AMIRA ABDEL RAHEEM









2020/12/21

اسم المريض: امينة الموسى

رقم الملف: 1003572

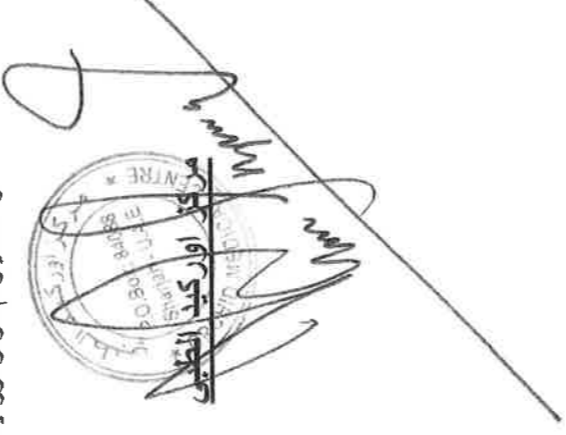
ضمان تركيب قنيدين

ضمان خمس سنوات من المختبر فيما يتعلق بقنيدين الاسنان, الضمان يشمل اي مشكلة ناتجة عن عيوب التصنيع او التركيب بالإضافة الى ضمان خمس سنوات من مركز اوركيد الطبي, مع مسؤولية المريض على العناية بالصحة القموية والفحص الدوري والصحة العامة للاسنان.

الضمان لايشمل اي تكسير او ضرر ناتج عن اي حوادث او عوارض خارجية.

ضمان عشر سنوات يبدأ الضمان من تاريخ هذه الرسالة.

شكرا لاختياركم مركز اوركيد الطبي....

  
مركز اوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER  
DUBAI, U.A.E.

2020/12/21

اسم المريض: امينة الموسى

رقم الملف: 1003572

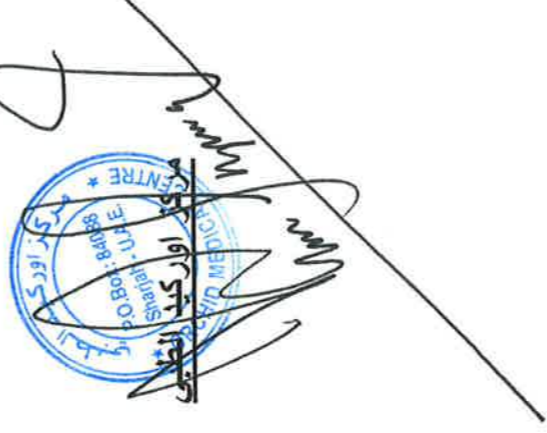
ضمان تركيب فيديبر:

ضمان خمس سنوات من المختبر فيما يتعلق بفقدان الاسنان، الضمان يشمل اي مشكلة ناتجة عن عيوب التصنيع او التركيب بالإضافة الى ضمان خمس سنوات من مركز أوركيد الطبي، مع مسؤولية المريض على العناية بالصحة القوية والفحص الدوري والصحة العامة للاسنان.

الضمان لايشمل اي تكسير او ضرر ناتج عن اي حوادث او عوارض خارجية.

ضمان عشر سنوات يبدأ الضمان من تاريخ هذه الرسالة.

شكرا لاقتيركم مركز أوركيد الطبي....





2020/12/21

اسم المريض: امينة الموسى

رقم الملف: 1003572

ضمان تركيب فينيري

ضمان خمس سنوات من المختبر فيما يتعلق بفينير الأسنان, الضمان يشمل اي مشكلة ناتجة عن عيوب التصنيع او التركيب بالإضافة الى ضمان خمس سنوات من مركز أوركيد الطبي, مع مسؤولية المريض على العناية بالصحة القوية والفحص الدوري والصحة العامة للأسنان.

الضمان لايشمل اي تكسير او ضرر ناتج عن اي حوادث او عوارض خارجية.

ضمان عشر سنوات يبدأ الضمان من تاريخ هذه الرسالة.

شكرا لاختياركم مركز أوركيد الطبي....