



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: / /

Date: 17/12/2019

File Number: 1003592

Patient Name: Gisou Chizariford

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 20/8/2000 Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): Iran Occupation (الوظيفة): Business

Address (العنوان): Ajman up town

Phone No. (رقم الهاتف): 055-2121443

E-MAIL: gisou.chizariford@gmail.com

How did you know about us: online

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

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 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 العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية 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 أدرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو النزف أو الألم 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 لدي فحفي الملف صحية، و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الإطلاع 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 إرادتي

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

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

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

| المؤشرات الحيوية Vital Signs | | | |
|------------------------------|-----|-------------------------------|----|
| Weight (الوزن): | Kg | Height (الطول): | cm |
| Pulse (النبض): | ppm | Blood Pressure (دم ضغط الدم): | / |
| | | Blood Type (دم فصية الدم): | |
| | | Blood Sugar (دم سكر الدم): | |

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، اإخال 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

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQyMI

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 | Gisou,Alireza,Chizari,,Fard | IDN: | 784200059171387 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | گیسو، علیرضا، چیزاری، فرد | Card Number: | 091898196 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality (Ar): | IRN جمهوریة ایران الإسلامیة | Family ID: | |
| Issue Date: | 25/11/2018 | Sex: | F | Sponsor Type: | 06 |
| Expiry Date: | 21/11/2020 | Date of Birth: | 30/08/2000 | Sponsor Name: | لوتاه لانشاه والتصوير ش ذ م م |
| Marital Status: | 01 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 00 |
| Residency Type: | 02 | Residency Number: | 20120182606939 | Residency Expiry: | 21/11/2020 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 05 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

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

12/17/2019

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQyMl

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 | Gisou,Alireza,Chizari,,Fard | IDN: | 784200059171387 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | گیسو علیرضا چیزاری فرد | Card Number: | 091898196 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality (Ar): | IRN | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality | جمهوری ایران الإسلامیة | Sponsor Type: | 06 |
| Issue Date: | 25/11/2018 | Sex: | F | Sponsor Name: | لوئده لانقشاه و القصر ش د م |
| Expiry Date: | 21/11/2020 | Date of Birth: | 30/08/2000 | Sponsor Number: | 00 |
| Marital Status: | 01 | Husband IDN: | | Residency Number: | 21/11/2020 |
| Residency Type: | 02 | Residency Number: | 20120182606939 | Occupation Field: | 00 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 05 | | |



Photo

Signature Image

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

12/17/2019



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 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 الكويتان/ الايسوتريتينون خلال الأشهر الماضية؟ نعم / لا |
| Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinone 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 بالشع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا |
| Did you get exposed to sun or got tanned lately? No | متى 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 أي وشوم / 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? Cream | ماهي المنتجات التي تستخدمينها / تستخدمها لبشرتك حاليا؟ |
| Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes/ No | هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا |
| For Ladies: Are You Pregnant ? Yes/ No | السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا |
| Have you done any permanent make up? Yes/ No | هل قمت سابقا 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 , its 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

Gisay Chizambard

Date

17/12/2019

(Signature)

توقيع

..... / ... /

أنا أوافق على إجراء إزالة الشعر بالليزر. أنا أفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتمصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. أفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وأنا على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحقن والتف والكريمات وإزالة شعر بالشع و الكي و أنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

بأنني قد تفهيت التعليمات التالية:
- يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد 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 إعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و المساسية و نوع البشرة

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

هم أنه برغم التغيير الذي قد ألمحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات وصول على النتيجة المطلوبة.

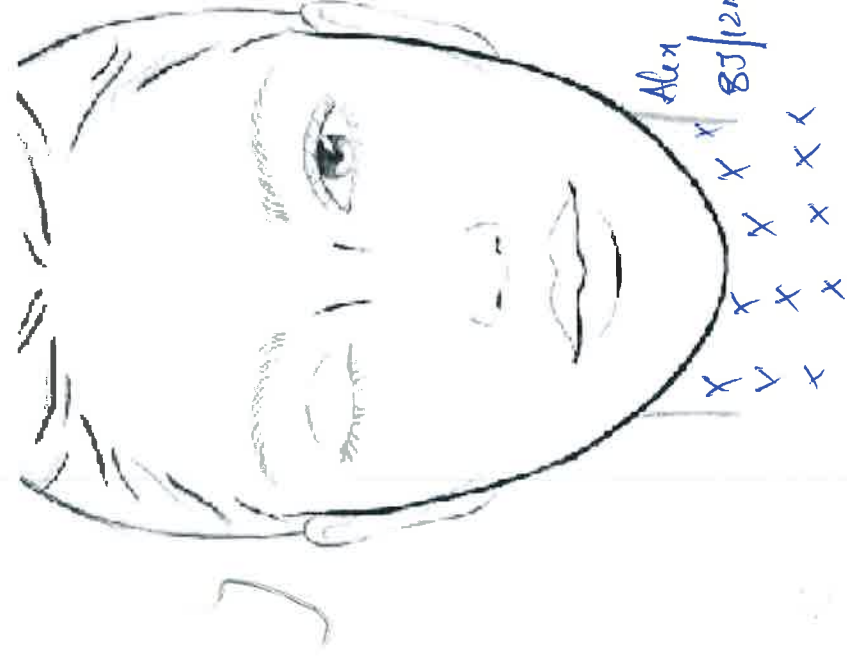
عراض الجانبية
تتضمن الاعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و نقرات. و هذه الاعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الي عدة ايام بعد العلاج. نقص زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أنا قد أتحت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة الي المعالج المختص و أنني قد قرأت و مت حقوقات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

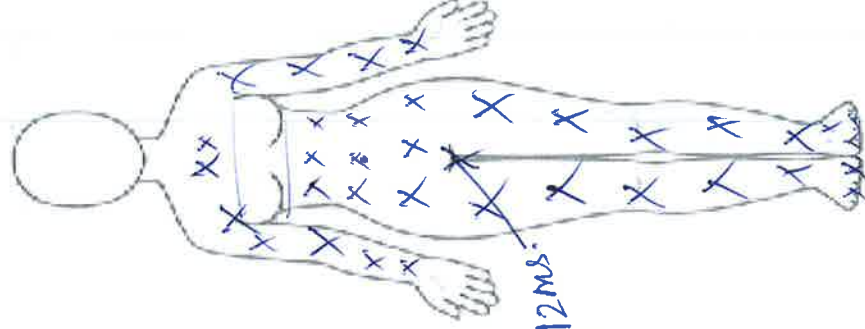
سم و التوقيع

.....

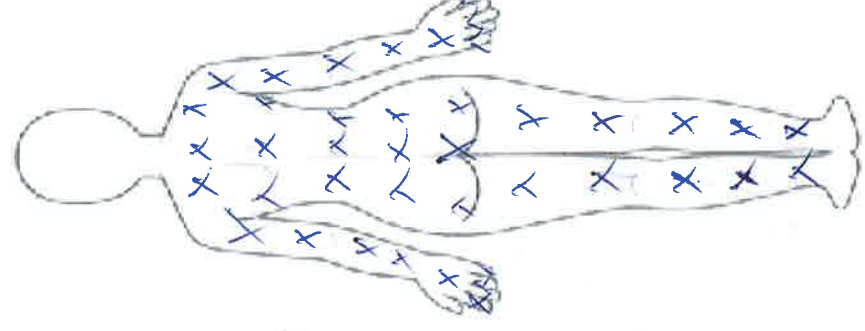
Patient's Name:: اسم المريض
 File Number:: رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



Alex
 8/12ms



8/12ms



Tanned Skin

| | Session 1 | Session 2 | Session 3 | Session 4 | Session 5 | Session 6 |
|----------------|-------------|----------------|----------------|-----------|-----------|-----------|
| Treatment Date | 17/12/19 | 21/3/20 | 14/6/20 | | | |
| Treatment Area | face body + | full body + | full body + | | | |
| Hair Type | Alex | Alex 20 | Alex 20 | | | |
| Mode | | 8/12-13ms | 7/12-13 | | | |
| Fluence | | Bikini 14-15ms | Bikini 14-15ms | | | |
| Pulse Type | 8/10ms | 13/20ms | 13/18ms | | | |
| CNT Pulse | | 1 pass | 1 pass | | | |
| Passes | 8 pm | 2.15pm | 3pm | | | |
| Starting Time | 9:10pm | 2.15pm | 3pm | | | |
| Finish Time | HIRUDOD | Fusion | Uplm | | | |
| Post Treatment | | | Hundred | | | |

Therapist Name and Signature



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,102.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006566)

Date:17-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003592 - geso 000 - 971552121443

The sum of Dhs. **One Thousand One Hundred Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,102.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 17-12-2019

Being **1 session full body plus + 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 : 1003592 - geso 000 - 971552121443

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,312.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008227)

Date:21-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003592 - geso 000 - 971552121443

The sum of Dhs. One Thousand Three Hundred Twelve Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,312.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 21-03-2020

Being 1 SESSION FULL BODY + 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 : 1003592 - geso 000 - 971552121443

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