



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 18/12/19

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

File Number: 1003599

Patient Name: M. Mohamed Shahid

إسم المريض: محمد بن محمد شاheed

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 20/10/1969 Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): ..... Occupation (الوظيفة): .....

.....

Address (العنوان): ..... السكنية

Phone No. (رقم الهاتف): 052933000

E-MAIL: .....

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

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



### 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 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 اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاج 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 محسنة القوصات و الإجراءات الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي قسحي الملف صحية، و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: 2012.../12.../18

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg

Height (الطول): cm

Blood Type (دم):

Pulse (النبض): ppm

Blood Pressure (دم): /

Blood Sugar (دم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، الحال للمستشفى

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

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
18/12/2019	dysport (0.5) skin booster Meso eyes (1m = Gth) next: 28/12	850 500x2 = 1000 450	Biocience GmbH 19073 Dümmer, Germany T-2218/1 2021-05	GeneFill FINE
24/12/2019	PRP Hair + Biotech next app: 22/1/2020: PRP	LOT Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre مركز أوركي الطبي	Biocience GmbH 19073 Dümmer, Germany T-2218/1 2021-05	GeneFill FINE
28/12/2019	dysport (0.5) Meso eyes (2) eye reja (0.3) = 1ml	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre مركز أوركي الطبي		
4/1/2020	PRP Hair + Biotech (2) Meso eyes (Gth = 0.8)	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre مركز أوركي الطبي		
18/1/2020	retouch dysport (0.25) Meso eyes (Gth = 0.6) (3)	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre مركز أوركي الطبي		

REDAD DATA

cAEAIOEBAA83ODQXO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Mohamad,Shaher,Khamis,,Jarbou	IDN:	784196902794070	Mother Name:	
Name (Ar)	محمد شاهر خميس جاربع	Card Number:	087235811	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality: PSE		Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar): فلسطين			
Issue Date:	19/01/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	15/01/2021	Date of Birth:	20/10/1969	Sponsor Name:	الاجبة للتجاره العلمه ششم
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	03	Residency Number:	20120123143148	Residency Expiry:	15/01/2021
ID Type:	IL	Occupation:	96	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

12/18/2019

## ورقة موافقة على العلاج بالفيلير

التاريخ: 18/12/2019

انا السيد/السيدة \_\_\_\_\_  
به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه.  
لقد تم إبلاغي باحتمال ظهور بعض الأعراض الجانبية المصاحبة لحقن مادة الفيلير، والتي من المحتمل ظهورها بعد الجلسة مباشرة أو مؤخرا والتي قد تحتوي على:  
التهابات (احمرار، وذمة، إلخ) وأيضا قد تصاحب شعور بالحك، ألم عند الضغط وذلك يكون بعد الحقن مباشرة. هذه الأعراض قد تستمر لمدة أسبوع.  
ورم دموي - تيبس في المنطقة المحقونة- تلون في المنطقة المحقونة - حدوث انتفاخ او تورم او التهاب او حساسية - حدوث تأثير بسيط أو عدم حدوثه  
بشكل عام تكون هذه العلامات بدرجة معتدلة الى خفيفة وسوف تختفي من تلقاء نفسها بعد عدة أيام من جلسة الحقن.

الآثار النادرة الأخرى تتضمن:  
لا يمكن التنبؤ بمدى استمرارية الفيلير في الجسم سواء أقصر أو أطول من المدة المتوقعة  
عدم تناظر الوجه - تغير طويل الأمد في لون الجلد - خمج فيروسى أو خمج جرثومى  
ندبة-تقرح - ورم جيبومى - صدمة تحسسية - العمى  
لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 6 إلى 9 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح.  
إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء او تأجيل المواعيد. وأيضا اتفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.  
أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور او الوصف المرفق

نعم لا

اسم المريض:

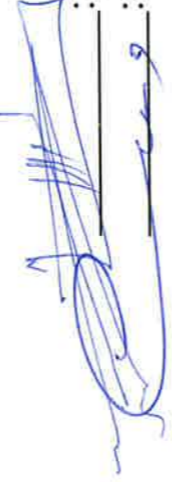


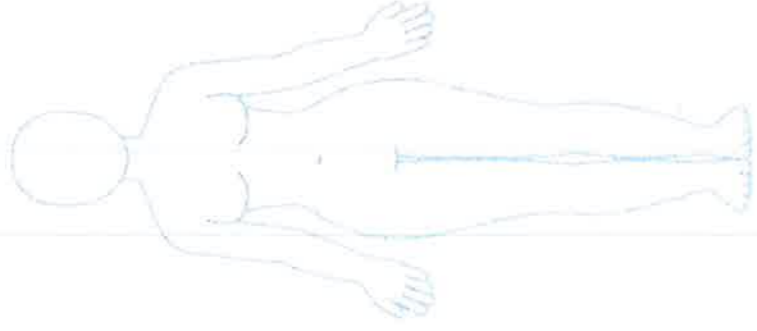
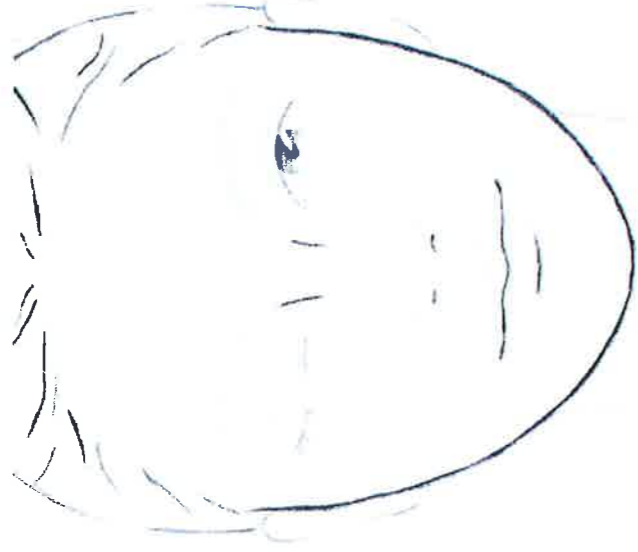
اسم المعالج:

DR. WESAM

التوقيع:

التوقيع:





**Filler Injection Log**

	Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1					
Session 2					
Session 3					
Session 4					
Session 5					

**Botox Injection Log**

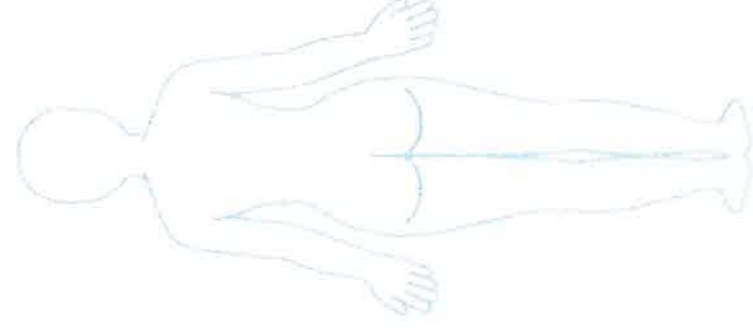
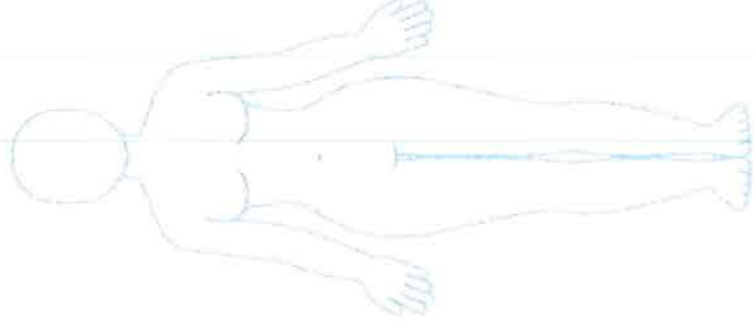
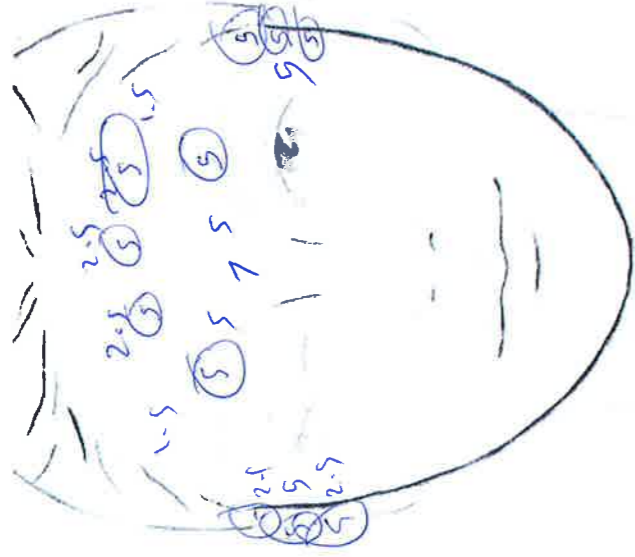
	Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

Doctor's Name and Signature

.....







**Filler Injection Log**

Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

**Botox Injection Log**

Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1			
Session 2			
Session 3			
Session 4			
Session 5			

Doctor's Name and Signature

.....





مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,415.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006582)

Date:18-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003599 - MOHAMMED 00. - 971529933000

The sum of Dhs. Two Thousand Four Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 2,415.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 18-12-2019

Being BOTOX + FILLER + MESO FACE + 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 : 1003599 - MOHAMMED 00. - 971529933000

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

#### Description of Treatment

This treatment involves the collection of your blood (approximately 11 - 22 ml), then your blood is spun down using a centrifuge to separate out the plasma and platelet portion using the separator gel' as a special filter. The PPF portion of your blood is then used at the point of care to re-energize your cells into rejuvenating themselves. The product is 100% your own blood by-product (autologous). If you have any questions please do not hesitate to ask your physician or nurse.

#### Side Effects

you will likely experience mild to moderate swelling of the treated area, this will last for about 12- 24 hours; ice or cold compresses can be applied to reduce swelling if required. You may notice a tingling sensation while the cells are being activated. In rare cases skin infection may occur, which is easily treated with an anti-biotic.

#### Contraindications

You should not have PPF treatment done if you have any of the following conditions: Skin conditions and diseases including: Facial cancer, existing or uncured. This includes SCC, BCC and melanoma, systemic cancer, chemotherapy, steroid therapy, dermatological diseases affecting the face (i.e. Porphyria), Blood disorders and platelet abnormalities, Anticoagulation therapy (i.e.: Warfarin) Platelet dysfunction syndrome, critical thrombocytopenia, hypofibrinogenaemia, haemodynamic instability, sepsis, chronic liver disease, Hepatitis or any acute or chronic infections. Aspirin, Anti-inflammatory such as Nurofen, Voltaren, Diclofenac, or Naproxen etc.? St Johns Wort, Garlic, Are you currently taking, or have you recently taken (within 14 days) Vitamin E, or Fish Oil supplements that could have a thinning effect on your blood.

In case of presence of any previously mentioned contraindications please mention it here

Or Ask the doctor if you are not sure or you have any questions.

Patient's Name and Signature:

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

#### وصف العلاج

يتضمن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية أخذ عينة من دم المريض تساري تقريبا (١١ - ٢٢ مل) ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما و الصفائح باستخدام سائل فاصل التفتيح بشكل خاص. سائل فاصل التفتيح في منطقة العلاج لتحفيز الخلايا و إعادة التنشيط لها. هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض. إذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات لا تتردد بسؤال الطبيب المختص أو أي من موظفي المركز.

#### الاعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الخفيف التي تتوسط في المنطقة المعالجة. وقد يستمر هذا التورم من (١٢-٢٤) ساعة. ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة التورمة إذا تطلب الأمر. من الممكن أن تشعر ببعض الوخز الخفيف بينما يتم تنشيط الخلايا. نادرا ما يصاب المريض بالعلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام المضادات الحيوية.

#### موانع العلاج

لا يجب أن تتلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية:  
- الأمراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير المعالجة كسرطانات الخلايا الحشرية و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا المسخية و السرطان الجهازي و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الأعراض الجلدية التي تسبب الوجه (مثل البرص)، أمراض الدم و الطل في الصفائح الدموية، علاج تشعير الدم (بخال الوارثين)  
- متلازمة خلل الصفائح الدموية، نقص الحديد في هذه الصفائح الدموية، نقص في فيبرينوجين الدم. عدم استقرار قفق الدم، حالات التشنج الدموي، أمراض الكبد الزرئية، تناول الأسبرين و مضادات الالتهاب كالتيفين و النورين و الستيرويدات و الباراكسين، أو مستحضرات التجميل. أو إذا كنت تتناول حاديا (خلال الأربعة عشر يوما الماضية) كمادات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي إلى ترقق الدم. في حالة وجود أحد موانع العلاج يرجى ملاحظة يرجى ملاحظة ذلك هنا

و إذا لم تكن متأكدًا أو كانت لديك أي استفسارات اسأل الطبيب المختص.

اسم المريض / التوقيع

التاريخ: ... / ... / ...



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,985.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006649

Date: 21-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003599 - MOHAMMED shaher - 971529933000

The sum of Dhs. One Thousand Nine Hundred Eighty Five Only

By Cash **1,985.00** / By Credit Card **0.00** (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 PRP HAIR WITH BIOTIN + 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

101.5  
21/12/2019  
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 661.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006658)

Date:22-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003599 - MOHAMMED shaher - 971529933000

The sum of Dhs. Six Hundred Sixty-One 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 661.50

Bank: Cheque No.

Date: 22-12-2019

Being PRP FOR HAIR WITH BIOTIN + VAT FIRST SESSION FROM PKG 10 % DISCOUNT

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 : 1003599 - MOHAMMED shaher - 971529933000

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007137)

Date:18-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003599 - MOHAMMED shaher - 971529933000**

The sum of Dhs. **Four Hundred Seventy-Two 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 **472.50**

Bank: Cheque No.

Date: 18-01-2020

Being **MESO EYE + 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 : **1003599 - MOHAMMED shaher - 971529933000**

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