



File No: .....

Date: 28 / 12 / 2019

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

File Number: 1003667

Patient Name: Ayesha Youssef Mohammed اسم المريض: .....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 18 / 5 / 1995 Gender (الجنس): M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

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

Address (العنوان): Dubai - Alwasl 3.7 Villa 5 Phone No. (رقم الهاتف): 066-7378188

E-MAIL: Ayesha.almulla@hotmail.com How did you know about us: Google search

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 حديثا؟	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	Yes	حقر (الحمى)
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، 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؟ 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 of 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 بملاح حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أتفهم ان 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 النص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب السالم باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تعهد لتتابع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التشخيصية القادمة لي. كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالتهاب 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 تسد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قديته لدي قسمي للملف الصحية و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بمثلتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.
- أقر ان لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا القرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكل اكامل ارادتي.

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

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

التاريخ: ... / ... / .....

## Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):

## Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

## Disease History التاريخ المرضي:

## Allergies الحساسية

## Medications الأدوية

## Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير) : Y / N

## General &amp; Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

## Examination الفحص

## Radiography الصور الشعاعية

## Diagnosis التشخيص

$$\begin{array}{r} + 365200 \\ \hline 9240 \\ \hline 325 \\ \hline \end{array}$$
 ← 26 veneer 6500

4620

4 Zircon 4000

~~6247.5 9660~~



United Arab Emirates  
بِإِذْنِ الْإِمَارَاتِ الْعَرَبِيَّةِ الْمَتَّحِدَةِ

بطاقة هوية

Identity Card

رقم الهوية / ID Number: 784-1995-4653290-6

الإسم: عائشة يوسف محمد عبدالله  
الملا  
Name: Ayesha Yousuf Mohammed Abdulla  
الجنسية: الإمارات العربية المتحدة  
Nationality: United Arab Emirates





مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,572.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006757)

Date:28-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003667 - AISHA 000 - 971567378188

The sum of Dhs. Two Thousand Five Hundred Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 2,572.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 28-12-2019

Being she take 6 sessions full body by offer 4900 shared with her friends no file ( 1003670) + 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 : 1003667 - AISHA 000 - 971567378188

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 3,412.50

**RECEIPT VOUCHER**

No: REC-006760

Date: 28-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003667 - AISHA 000 - 971567378188**The sum of Dhs. **Three Thousand Four Hundred Twelve and Five Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **3,412.50 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR 4 ZIRCON \*1000 +16 VENEERS \*325 + VAT BALANCE 6247.50**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 2,000.00

**RECEIPT VOUCHER**

No: REC-006806

Date: 30-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003667 - AISHA 000 - 971567378188**

The sum of Dhs. **Two Thousand Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **2,000.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

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

Being **ADVANCE FOR 16 VENEERS \*325 + 4 ZIRCON CROWN 10 % DISCOUNT ESAAD CARD 3600 + 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)**



NOUF YOUSUF ALMULLA  
784-1988-6952792-3

بطاقة الامتياز  
Privilege Card



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007514)

Date:08-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003667 - AISHA 000 - 971567378188**

The sum of Dhs. **Two Hundred Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **200.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 08-02-2020

Being **SHAVING**

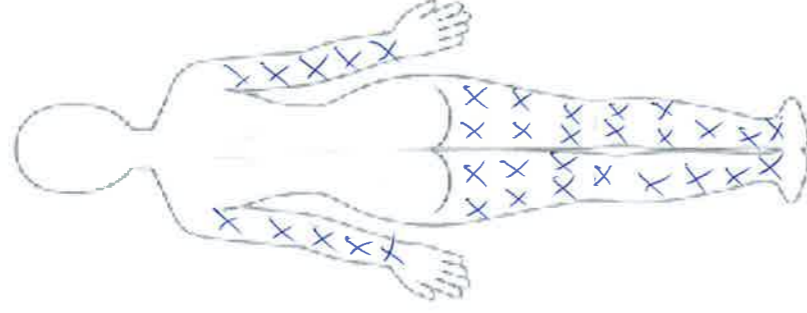
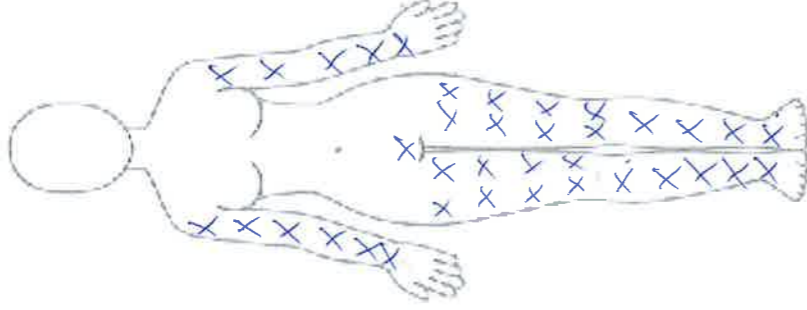
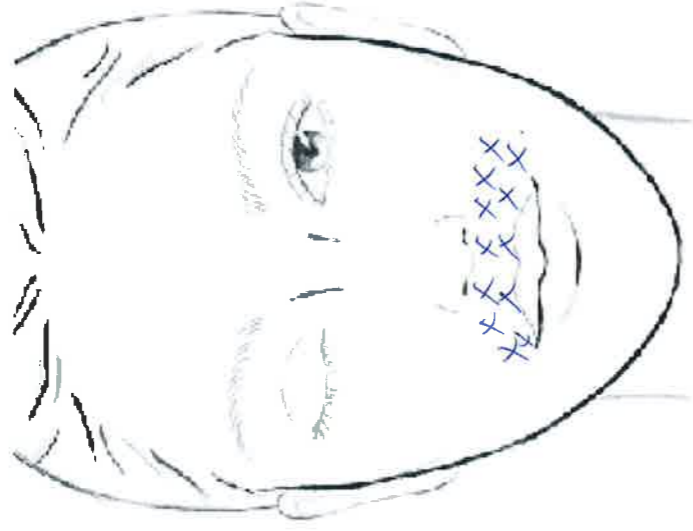
Made by **Rana**

- 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 : **1003667 - AISHA 000 - 971567378188**

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

Patient's Name: Ayis.ho ..... اسم المريض .....  
 File Number: 1003667 ..... 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	8/2/20					
Treatment Area	full body					
Hair Type	thick - Ths					
Mode	Yag (20)					
Fluence	low light + VA					
Pulse Type	165 / 17.5					
CNT Pulse	prom-strength					
Passes	Alex (20) approx					
Starting Time	8.5   10.10					
Finish Time	Bilmin					
Post Treatment	135   118 Himdooid Rim					

Therapist Name and Signature .....



FEU7

شيك  
CHEQUE



بنك الإمارات دبي الوطني  
Emirates NBD

Date | 1-2-2020 التاريخ

ادفعوا بموجب  
هذا الشيك  
أو لحامله

مركز أولية الطبي

تلاتة آلاف وخمسمائة وستة

درهم للمدني ومسنون فلساً غداً

AED # 3827.5 # درهم

IAMMED ABDULLA ALMULLA

01

15F 473 601

Signature(s)

Please do not write below this line

*[Handwritten Signature]*

التوقيع  
بدون عدم الكتابة تحت هذا الخط

000000 30 26 20 188 568 4 7360

*[Handwritten Signature]*  
3/2/2020  
أولية



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,827.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007429)

Date:03-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003667 - AISHA 000 - 971567378188

The sum of Dhs. Three Thousand Eight Hundred Twenty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 3,827.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 03-02-2020

Being AGAINST CHQ NO:000001 DATED ON 1-2-2020 EMIRATES NBD

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 : 1003667 - AISHA 000 - 971567378188

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