

File No: .....

Date: 4/1/2020

Date: 4/1/2020

File Number: 1003715

Patient Name: Wagas Bahadar

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 3/31/1991 Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Pakistan

Occupation (الوظيفة): Sales Executive

Address (العنوان): Shaajah

Phone No. (رقم الهاتف): 0502008719

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 الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟ Recent or current drugs/Medical Treatment		No	
هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟ Corticosteroids/Immunosuppressant		No	
هل لديك أي حساسية؟ Allergies		No	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟ Surgical Operations, Serious illness			
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟ Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease			
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تميعات الدم؟ High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants		No	
هل لديك فقر الدم، لوكيميا (سرطان الدم) أو كيمياء Anemia, Leukemia			
هل لديك امراض أخرى Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other		No	
هل تتعاطى من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟ Renal, Urinary, Sexually transmitted disease		No	
هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تتعاطين من مشاكل في الحورة الشهرية؟ Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems			
هل تتعاطى الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية أخرى Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases		No	
هل تتعاطى من امراض معوية أخرى؟ Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other		No	
هل تتعاطى من امراض في الجهاز العصبي؟ Epilepsy, or any other neurological disease		No	
هل تتعاطى من امراض الغدة الدرقية؟ Thyroid Diseases, Diabetes		No	
هل تتعاطى من أي امراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط Other conditions HSV, HIV...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: ٤ / ١ / ٢٠٢٥

### 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 الاضافية 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 الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار 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 الالام 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 لي قمتي للملف صحيحة، و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن 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 بكامل ارادتي

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	Blood Type (نمط الدم):	
Pulse (نبض):	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 (تعاطي 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

.....



United Arab Emirates  
الإمارات العربية المتحدة

بطاقة هوية مقبولة

Resident Identity Card

رقم الهوية / ID Number 784-1991-5797298-7

الإسم: وقاس باقادر تاج باقادر

Name: Waqas Bahadar Taj Bahadar

الجنسية: باكستان

Nationality: Pakistan



PPP Treatment Consent Form الموافقة باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية

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 PPP 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 PPP 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, hypofibrinogenemia, 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:

Mogas

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

وصف العلاج

يتضمن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية أخذ عينة من دم المريض تساوي تقريباً (١١ - ٢٢) مل.  
ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما و الصفائح باستخدام سائل فاصل التفتيح بشكل خاص.  
ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية في منطقة العلاج لتحفيز الخلايا و إعادة الخلايا 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.

الأعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الطفيف إلى المتوسط في المنطقة المعالجة. وقد يستمر هذا التورم من (١٢-١٧) ساعة ويكمن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة التورمة إذا تطلب الأمر. من الممكن أن تشعر ببعض الحزخ الخفيف بينما يتم تنشيط الخلايا. نادراً ما يصاحب العلاج 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 المسطحة و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا المسطحة و السرطان الهجاري و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الأمراض الجلدية التي تسبب الوجه (مثل البروفيرا).  
- أمراض الدم و العظم في الصفائح الدموية. علاج تخثر الدم (مثل الوارفارين)  
- متلازمة غل الصفيحات الدموية. نقص الحديد في عند الصفائح الدموية. نقص في فيبرينوجين الدم. عدم استقرار تنفق الدم. حالات التشنج الدموي. أمراض الكبد المزمنة. التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة.  
- تناول الأسبرين و مضادات الالتهاب كالتايبروفين و النيترازين و النيكوفيدانك و التايبوكسين. أو مستحضرات الفم. أو إذا كنت تتناول حالياً (بخلاف الأبرية عشر يوماً للمضيق) مكملات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي إلى ترقق الدم. في حالة وجود أحد موانع العلاج، يرجى سؤال طبيبك بخصوص إمكانية ذلك هنا

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

اسم المريض / التوقيع

التاريخ: ... / ... / ...

I understand that due to the natural variation in quality of Platelet rich plasma, results will vary between individuals. I understand that although I may see a change after my first treatment, I may require a series of up to 6 sessions to obtain my desired outcome. The procedure and side effects has been explained to me including alternative methods; as have the advantages and disadvantages. I am advised that though good results are expected, the possibility and nature of complications cannot be accurately anticipated and that, therefore, there can be no guarantee as expressed or implied either as to the success or other result of the treatment. I am aware that the PRP treatment is not permanent as natural degradation will occur over time.

I authorize Dr. ....  
from Orchid Medical Center, perform the injection of PRP (Platelet Rich Plasma) for rejuvenation. This consent form will be valid for up to 6 applications of PRP, after which time I may be asked to complete a new form. I state that I have read (or it has been read to me) and I understand this consent and I understand the information contained in it. I have had the opportunity to ask any questions about the treatment including risks or alternatives and acknowledge that all my questions about the procedure have been answered in a satisfactory manner and that all blanks were filled in prior to my signature and I had the right to refuse the treatment. **THIS CONSENT FORM IS VALID UNTIL ALL OR PART IS REVOKED BY ME IN WRITING.** When completing the medical questionnaire, I have answered the personal medical history questions fully and to the best of my ability.

Patient's Name and Signature:

Wagdy

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

أنتهم أن نتائج هذا العلاج قد تتفاوت من شخص إلى آخر باختلاف جودة البلازما الغنية بالصفائح الدموية.  
وأنتهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من بعد جلسة العلاج الأولى قد أحتاج حتى ٦ جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

أقر بأن هذا الإجراء الطبي و آثاره الجانبية و بدائله المكئة و منافعه و مضاره قد شروحت لي بشكل كامل.

و أنه برغم من النتائج الجيدة المتوقعة فإنه لا يمكن توقع المضاعفات و طبيعتها بدقة. وبالتالي، لا توجد أي ضمانات واضحة أو ضمنية لنجاح هذا العلاج أو أي نتائج أخرى.

أدرك أن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية ليس علاجاً دائماً لأن التراجع الطبيعي سوف يحدث مع الوقت.

أفوض الدكتور .....  
من مركز أوركيد الطبي بالقيام بحقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية لإعادة النضارة. و أن هذا الإقرار و التوقيع سوف يكون صالحاً حتى ل ٦ جلسات قادمة.  
و أنني قد أحتاج لتوقيع أقرار آخر بعد ذلك.

أقر أنني قد قرأت محتويات هذا الإقرار بالكامل (أو قد تمت قراءته لي) و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.

و إنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الأخطار و الإعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له. و أن جميع أسئلتي قد أجيببت بشكل كامل و وأقر و أن جميع الاجابات التي خسمتها في الإقرار و جميع الحانات تمت اجابتها و ملأها قبل توقيعني أثناء و أنه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

ان هذا الإقرار صالح بالكامل حتى أغيه كاملاً أو جزئياً و بخط اليد.

أقر أنني قد ملأت استمارة الاسئلة الطبية و شروحت تاريخي الطبي بشكل كامل و بكامل ارتدتي.

اسم المريض / التوقيع

التاريخ: .... / ... / ....



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 800.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006895

Date: 04-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003715 - WAQAS BAHADAR - 971502008719**

The sum of Dhs. **Eight Hundred Only**

By Cash **800.00** / 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 SESSION PRP + VAT BALANCE 932.50**

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 800.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007271)

Date:25-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003715 - WAQAS BAHADAR - 971502008719**

The sum of Dhs. **Eight Hundred 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 **800.00**

Bank: Cheque No.

Date: **25-01-2020**

Being **prp hair done last month + 1 session 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

Confirmed by : **1003715 - WAQAS BAHADAR - 971502008719**

**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 أوريك الطبية  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 460.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007272)

Date:25-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003715 - WAQAS BAHADAR - 971502008719**

The sum of Dhs. **Four Hundred Sixty 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 **460.00**

Bank: Cheque No.

Date: **25-01-2020**

Being

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 : **1003715 - WAQAS BAHADAR - 971502008719**

**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 1,247.50

**RECEIPT VOUCHER**

No: REC-007266

Date: 25-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003715 - WAQAS BAHADAR - 971502008719**

The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Fourty Seven and Five Fils Only**

By Cash **1,247.50** / 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:

Payment advance for 2 session 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

**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 787.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007925)

Date:29-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003715 - WAQAS BAHADAR - 971502008719**

The sum of Dhhs. **Seven Hundred Eighty-Seven 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 **787.50**

Bank: Cheque No.

Date: **29-02-2020**

Being **PRP HAIR + 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 : **1003715 - WAQAS BAHADAR - 971502008719**

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