



File No: .....

Date: / /

Date: 15/1/2020

File Number: 1003786

Patient Name: Cassan نورا بنت

اسم المريض:

Date Of Birth: 10/1/1998 Gender: M / F

Marital Status: متزوج

(الحالة الاجتماعية):

Nationality: سورية

الجنسية):

Address: دمشق - حي المزة - حي المزة - حي المزة

Phone No: 06056882662

E-MAIL: ghassan.na.khal@gmail.com

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 انكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	لا	
	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	لا	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا	
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	لا	انيميا
	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	لا	
	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	لا	
	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى	لا	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	لا	
	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	
	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	لا	
	Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟	لا	
	HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc	لا	



### 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 لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما تفهم 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 أن 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فتحي الملف الصحية و تفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا 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 بأكمل ارادتي

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

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

التاريخ: ... / ... / .....

## المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg      Height (الطول): cm      Blood Type (فصيلة الدم):  
Pulse (النبض): ppm      Blood Pressure (ضغط الدم): /      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 المستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (تعاطي الكحول) : Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير) : Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

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	Ghassan,,Mohamad,,Nakhal	IDN:	784198292793597	Mother Name:	
Name (Ar)	غسان, محمد, نخل	Card Number:	089753558	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		الجنسية العربية السورية			
Issue Date:	28/06/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	25/06/2020	Date of Birth:	10/01/1982	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120062175454	Residency Expiry:	25/06/2020
ID Type:	IL	Occupation:	05	Occupation Field:	00

رونيو درليف فرغ لشركه الامارات العربيه المتحده للتجاره في دم



Photo

Signature Image

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

1/15/2020





precisely Kindly Answer the following questions يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟	<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> No
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	<input checked="" type="checkbox"/> No
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> No
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroquenenon on Site?Yes / No هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> No
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No هل قمت بنق أو كي أو إزالة الشعر بالشع في منطة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> No
Did you get exposed to sun or got tanned lately? ..... هل كنت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> No
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> No
Do you Have any tattoos on site? Yes / No هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> No
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> No
What products you are using for your skin recently? ..... ماهي المنتجات التي تستخدمها لبيوتك حالياً؟	
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No هل أجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> No
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No لل سيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> No
Have you done any permanent make up? Yes / No هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> No

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 ti ternative 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

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

أنا ..... أوافق على إجراء عملية إزالة الشعر بالليزر. أنا أفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتمصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر فتعمل قدرتها على انهاء الشعر. فهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص لاج. و اني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتف و الكريمات و إزالة شعر بالشع و الكي و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

بأني قد تلتفت التعليمات التالية:  
- يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.

جب 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.

جب اعطاء التاريخ الطبي كاملاً و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة لإشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست اشهر الماضية أو اي عقاير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

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

مراض 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 التي عدة أيام بعد العلاج. نقص زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تنوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة

شمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أنه قد أتحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و مت محفوظات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت

ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

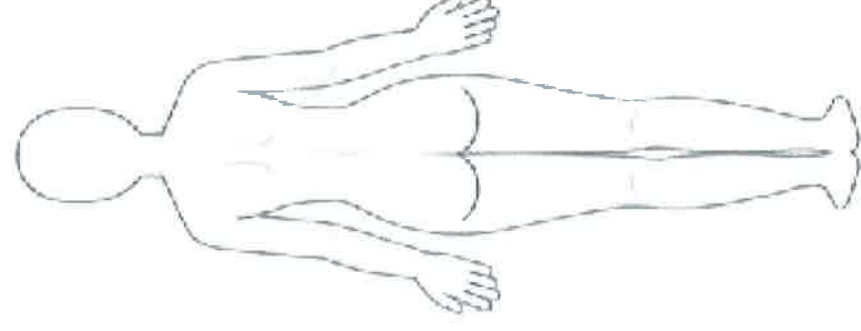
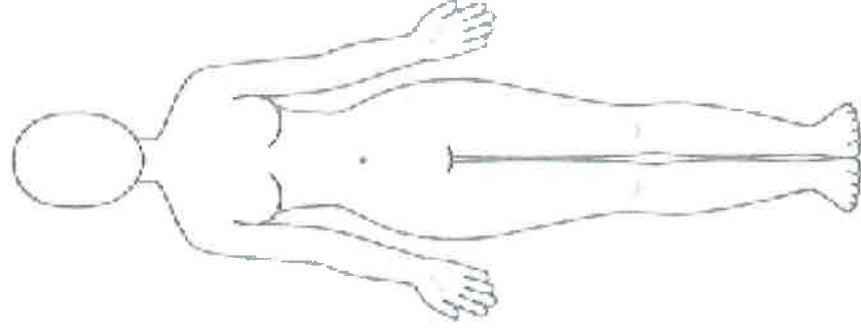
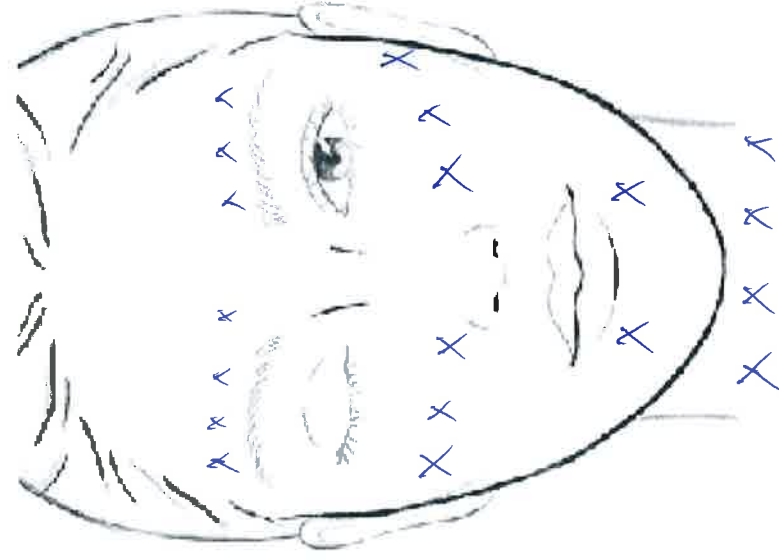
عناة

رديح

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

1003786

Patient's Name: Ch. A. 24 ..... 1003786 ..... Ch. A. 24 ..... 1003786 .....  
 File Number: .....  
 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	15/01/20	11/2/20	17/03/20	6/05/20	7/06/20	08-07-20
Treatment Area	Beard+Neck, Thick	Beard+Neck, Throat	Beard+Neck, Throat	Beard+Neck, Throat	Beard+Neck, Throat	Face, neck, med/dark
Hair Type	Thick	Thick	Thick	Thick	Thick	Thick
Mode	NDYAG:16	NDYAG:16	Med/Thick Med/Deak	Med/Thick Med/Deak	Med/Deak	Med/Deak
Fluence	18J/20ms	17J/15ms	NDYAG:16	NDYAG:16	Alex	Alex
Pulse Type	18J/20ms	17J/15ms	18J/17ms	17J/16ms	8J/13ms	8/15
CNT Pulse	1	1	1	1	1	1
Passes	1	1	1	1	1	1
Starting Time	11:40 AM	11:30 AM	12:20 PM	2:30 PM	3:45 PM	
Finish Time						
Post Treatment	FUCICORT advised	Hydrocort	Hydrocort	Hydrocort	Hydrocort	Hydrocort
						visit

Therapist Name and Signature .....





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007061)

Date:15-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003786 - gasan 000 - 971505688262**

The sum of Dhs. **Five Hundred Twenty-Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **525.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 15-01-2020

Being **he take 6 months beard + 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 : **1003786 - gasan 000 - 971505688262**

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