



File No:

Date: 24 / 2020

Date: ... / ... /

File Number: 1003872

Patient Name: Tasnem Abdel Moti

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / ... / Gender (الجنس): M (LF)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية):

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 0503045054

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 اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	نعم	القرولون و الحرق (مرفان البرون)
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للعدوى؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	نعم	عمليات المياض تكيس
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مبيعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو الأمراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	ياسمين
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإبتز، فيروس الحلا البسيط	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: 24 / 1 / 2020

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 لتنتائج العلاجات 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 ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى 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 أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا 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

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 (النبض):	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

عمليات سابقة ، ادخال المستشفى
Previous Surgeries, Hospitalization

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (دوائيات) : 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

.....





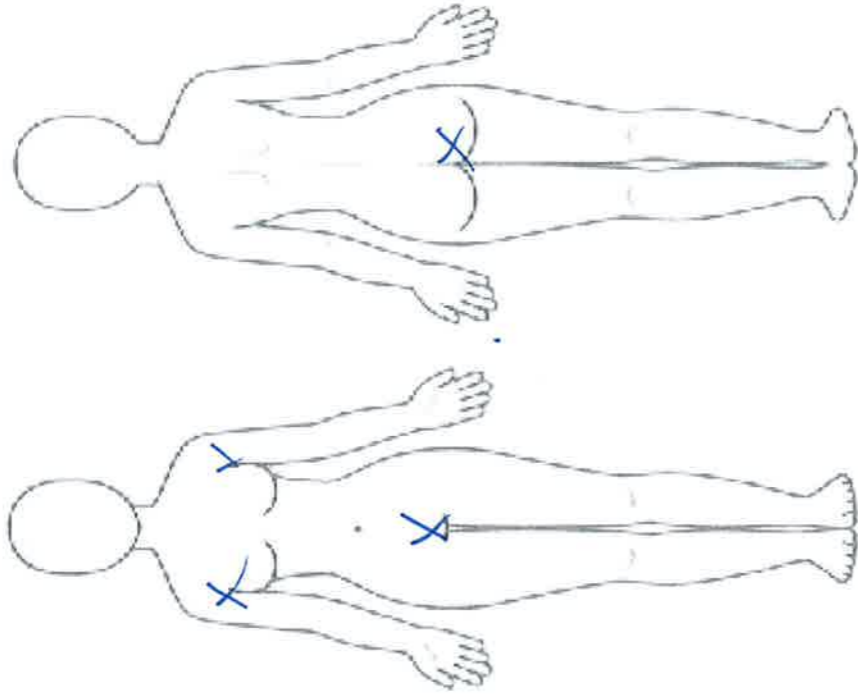
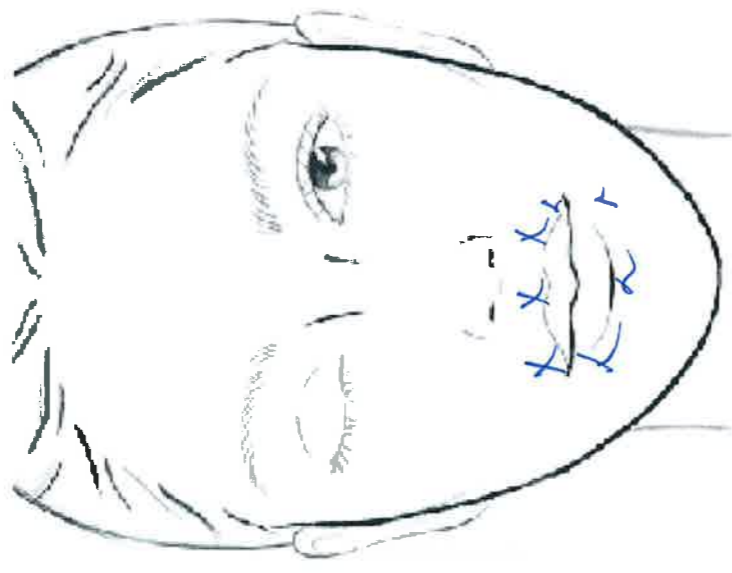
precisely Kindly Answer the following questions *يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input checked="" type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جيرة؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes/ No	هل ظهر لديك حلا البسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الاكوتان/ الايسوتريتونين خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydrocuenon on Site? Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكويون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتفقد أو كسي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال ٦ اسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No	هل كنت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة 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 اي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?	هل تم تشخيصك سابقاً بأي مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل هي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشركت حالياً؟
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل أنت حامل؟ نعم / لا

انا
 تاروكيد الطبي/ المشاركة لازالة الشعر غير التقليدي به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
 تفهم ان اشعة الليزر تنتج طبقاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتمصاصها في الاصبغ الموجودة في بصيلة الشعر تعمل قدرتها على اتمام الشعر.
 تفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع و التزام المرضي بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص لاج. و اني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالخلق و التفت و الكريما و ازالة شعر بالشمع و الكي و اني اخترت ازالة الشعر بالليزر.
 بانني قد تلقيت التعليمات التالية:
 : يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ اسابيع قبل و بعد العلاج.
 يجب تقادي ازالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب ٦ اسابيع على الاقل.
 لوشوم و التاتو و الحكيح الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
 يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملاً و يشمل ذلك العلاجات و الحساسيه و نوع البشرة
 لاشخاص الذين تناولوا عقار الاكوتان خلال الست اشهر الماضية أو اي عقاقير تمنعهم من لتعرض الشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر.
 هم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات صول على النتيجة المطلوبة.
 براض الجانبية
 تتضمن الاعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و نتفحات. و هذه الاعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى 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.
 أنه قد أتيحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الاستشارة الى المعالج المختص و اني قد قرأت و كت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و اني تجاوزت التامة عشر من عمري او حصلت ب موافقة ولي امري في حال عدم بلوعي السن القانوني.

سم و التوقيع
 ربيع
 ٢٠١٤ / ١ / ٢٤
 Name and Signature
 Date
 ... / ... /

Patient's Name: **Tasneem** اسم المريض
 File Number: رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No
1003872



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	24/1/20	25/2/20	21/5/20	28-06-20		
Treatment Area	U.L, Ax, Axilla, Bikini	U.L, Axilla, Bikini	Same	BFN, U.L		
Hair Type				U.L Alex 16 7/10		
Mode	Alex 7/10ms	Alex 20	U.L-8J/10	WYHO BFN 20 19/15		
Fluence		U.L-8J/10ms				
Pulse Type	Bikini 12/18ms	Bikini 7/4/10	U.A-8J/10			
CNT Pulse	20 spots/18/300 ms		Soft	1 pass		
Passes			Bilow-YAG			
Starting Time	1 pass	1 pass	16J/15ms			
Finish Time	4 minutes	4 minutes	HIRUDOID	view X		
Post Treatment	Ice	Ice				

Therapist Name and Signature
Tasneem

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO'

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	Tasnim,Abdelmotti,Khaleel,,Ahmad	IDN:	784198636317301	Mother Name:	
Name (Ar)	تسنيم عبد المعطي خليل احمد	Card Number:	097243606	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title (Ar):		(Ar):	الأردن		
Issue Date:	05/11/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	03/11/2021	Date of Birth:	04/11/1986	Sponsor Name:	ايبك لخدمات التوظيف ذ م م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	10120172231956	Residency Expiry:	03/11/2021
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

1/24/2020



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,522.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007226)

Date:24-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003872 - TASNEEM ABDELMOTI - 971503045054

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,522.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-01-2020

Being 6 SESSIN BIKINI + 3 SESSION UNDER ARMS + 3 SESSIONS UPPERLIP + 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 : 1003872 - TASNEEM ABDELMOTI - 971503045054

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