



File No: .....

Date: / /

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

File Number: 1003877

Patient Name: Benazeer Yaseen Ali

إسم المريض: 1003877

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 21/21/1983

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): M / F

Nationality (الجنسية): P.M.K.i.s.t.a.n

Occupation (الوظيفة): .....

Address (العنوان): A.L.A.W.I.X...2

Phone No. (رقم الهاتف): 95.6.9.46.7.7.7.3

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



### 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):

*Benzeer Vaseen*

Date: 25 / 1 / 20

### نموذج اقرار طبي

- أوافق وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي والتي 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 او التجميلية المقدمة لي. كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم 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 لى فتحتي الملف الصحية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستنقى 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 بكامل ارايتي

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

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

التاريخ: .... / .... / .....

استشارة 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

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة , اذخال المستشفى

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

.....



REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO-

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	Benazeer Yaseen, *,,,Ali Magsi	IDN:	784198352796100	Mother Name:	
Name (Ar)	بينظير ياسين, *,,,علي مغسي	Card Number:	093359413	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PAK	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	پاکستان		
Issue Date:	27/02/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	05/02/2021	Date of Birth:	02/02/1983	Sponsor Name:	جوهرام خان للخدمات الفنية والتطيف ش.ذ.م.م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120192073661	Residency Expiry:	05/02/2021
ID Type:	IL	Occupation:	2411	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

بينظير

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

1/25/2020



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007245)

Date:25-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003877 - belazeer 000 - 971569467773

The sum of Dhs. Two Hundred Sixty-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 262.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-01-2020

Being 1 SESSION FACIAL + 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 : 1003877 - belazeer 000 - 971569467773

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



The need to complete a treatment plan has been fully explained to me. Also, I understand that clinical results may vary depending on my response to laser and my compliance with pre and post treatment instruction. I have followed all pre-laser requirements previously provided to me and I understand and will follow the recommendations provided here for post treatment care of my skin, which have discussed with me.

Just as there are benefits to the procedure proposed, I understand that this procedure also involves risks and possible healing (down time) excluding laser toning/soft peel which is typically a no downtime procedure. I understand that serious complication is rare but possible. Common CURAS peel side effects include temporary redness and mild 'sunburn like effects; that may last few hours to a day or more. Pigment changes (light or dark spot on the skin) or prolonged redness lasting 1-3 months or longer may occur. Other potential risks include itching, pain, bruising, infection, scarring, and swelling. Laser light can cause eye damage and provided protective eyewear must be worn during treatment. Also, I will keep my eyes closed during treatment. I consent topical and or local anesthesia as needed, which involved risks of anesthetic drug reactions and complications.

The procedure, as well as potential benefits and risks, have all been explained to my satisfaction. I have had all my questions answered to my satisfaction. I freely consent to the proposed treatment.

Name of patient/Legal Guardian  
Signature:

Date:

Physician's Signature:



Date:





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007622)

Date:13-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003877 - belazeer 000 - 971569467773**

The sum of Dhs. **Two Hundred Sixty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **262.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **13-02-2020**

Being **CARBON LASER + 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 : **1003877 - belazeer 000 - 971569467773**

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