



File No: .....

Date: / /

Date: 1.12.2020

File Number: 1003933

Patient Name: ..... اسم المريض: محمد بن مبارك

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 6.10.1964 Gender (الجنس): M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية): Yes Married

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

Address (العنوان): JVC, Dubai. Phone No. (رقم الهاتف): 0527874665

E-MAIL: wafaa.hazmi1989@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 اذكر بالتفصيل
هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Recent or current drugs/Medical Treatment	نعم	Behavon + Crestor
هل تتعاطى أي سترويدات أو مضادات للمناعة؟	Corticosteroids/Immunosuppressant	لا	
هل لديك أي حساسية؟	Allergies	لا	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Surgical Operations, Serious Illness	لا	
جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	لا	
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	لا	
انيميا (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	Anemia, Leukemia	لا	
أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	لا	
هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو قانسية؟	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	لا	
هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	لا	
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	لا	
قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	لا	
هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Epilepsy, or any other neurological disease	لا	
هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Thyroid Diseases, Diabetes	لا	
هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc	Other conditions HSV, HIV ...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 يكشف 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 أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فمحي السلف صحيحة. و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الأطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل إرادتي

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

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

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دمية الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دمية 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 ، اإخال للمستشفى

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: / /

**خطة العلاج Treatment Plan**

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	Wafaa Zain,Hamood,,Al Hazem	IDN:	784196484847916	Mother Name:	
Name (Ar)	وفاء زين,حمود,,الحازمي	Card Number:	082055734	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	YEM	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	اليمن		
Issue Date:	12/02/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	07
Expiry Date:	08/02/2020	Date of Birth:	06/10/1964	Sponsor Name:	وزارة الصحة /منطقة دبي الطبيه
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	03	Residency Number:	20119853299453	Residency Expiry:	08/02/2020
ID Type:	IL	Occupation:	2221	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

2/1/2020









## ورقة موافقة على العلاج بالفيلر

التاريخ: 12/2020  
انا السيد/السيدة \_\_\_\_\_

أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الفيلر وكل التفاصيل المتعلقة

به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه.

لقد تم إبلاغي باحتمال ظهور بعض الأعراض الجانبية المصاحبة لحقن مادة الفيلر، والتي من المحتمل ظهورها بعد الجلسة مباشرة أو مؤخرا والتي قد تحتوي على:

التهابات (احمرار، وذمة، إلخ) وأيضا قد تصاحب شعور بالحك، ألم عند الضغط وذلك يكون بعد الحقن مباشرة. هذه الأعراض قد تستمر لمدة أسبوع.

ورم دموي - نيبس في المنطقة المحقونة- تلون في المنطقة المحقونة - حدوث انتفاخ او تورم او التهاب او حساسية - حدوث تأثير بسيط أو عدم حدوثه

بشكل عام تكون هذه العلامات بدرجة معتدلة الى خفيفة وسوف تختفي من تلقاء نفسها بعد عدة أيام من جلسة الحقن.

الآثار النادرة الأخرى تتضمن:

لا يمكن التنبؤ بمدى استمرارية الفيلر في الجسم سواء أقصر أو أطول من المدة المتوقعة  
عدم تناظر الوجه - تغير طويل الأمد في لون الجلد - خمج فيروسي أو خمج جرثومي

ندبة-تقرح - ورم حبيبي - صدمة تحسسية - العمى

لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 6 إلى 9 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح.

إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا اتفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور او الوصف المرفق

نعم لا

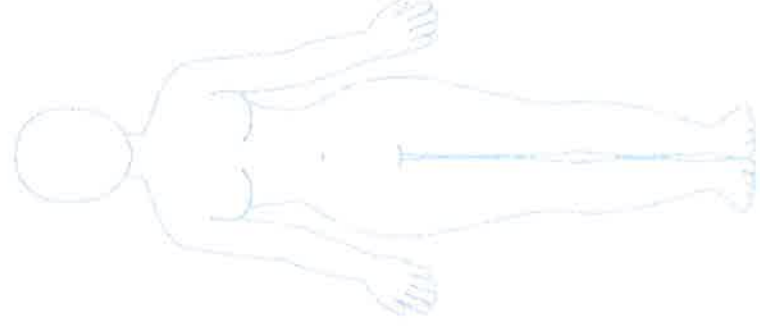
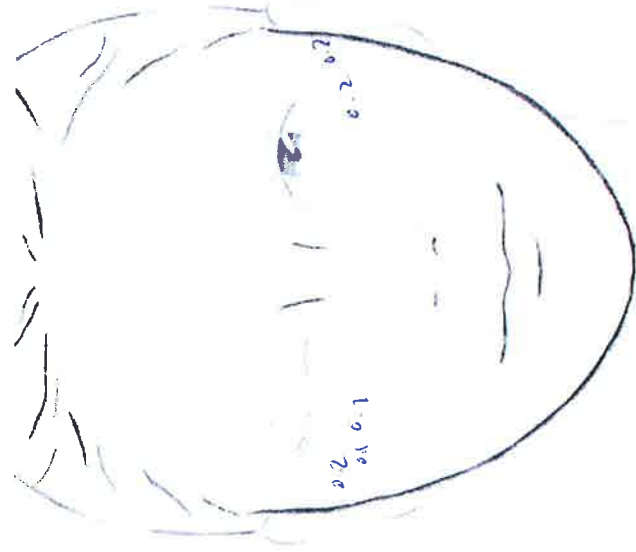
اسم المريض: م. د. م. م.

اسم المعالج: DR. WESAM

التوقيع:

التوقيع:

أخبرني الدكتور



**Filler Injection Log**

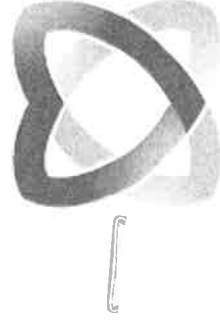
Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

**Botox Injection Log**

Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1			
Session 2			
Session 3			
Session 4			
Session 5			

Doctor's Name and Signature

.....



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,890.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-007404

Date: 01-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003933 - WAFAA 000 - 971527874666**

The sum of Dhs. **One Thousand Eight Hundred Ninety Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,890.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Being **ADVANCE FOR BOTOX + FILLER + CARBON LASER OR FACIAL + LASER BIKINI AND UNDER ARMS + SCALING POLISHING + 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)**

## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

جهاز Q-Switch أقر أنا \_\_\_\_\_ بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

ليزر ال ■ التقشير الكرونيوم باستخدام لوشن الكرونيوم بتيمة التقشير بالليزر هو أحد الإستطيات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد بخطوط الوجه والشذوذ

الصغير (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب إحصار الجلد، إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تتقع الحبوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معضمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 اشهر.

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم بالتقشير بدون استخدام لوشن الكرونيوم، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بالإضافة لوشن الكرونيوم مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا الشائخة في الكلف وزيادة التصبغات بعد الإلتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الاضفار(الوضع A)

. بيزر إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستصم للعلج ينصن:

. تناول عقار الأيسوتريتينوين (الأكروتان) خلال ال6 اشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

. الأمراض الجلدية والإتهابات و الأورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإيدز و التهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(تكون الندوب الجارية)

. التهاب.

أقهم تماما ان النتائج المتألية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوحة ان تتحقق بعد الجلسة الأولى. ولا يتضمن الطبيب رضائي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الى إنهاء خطة العلاج، و انا أقهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي للليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد العلاج.وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي بالكامل.

أقهم ان كما هناك منفع للجراء المطلوب، أقهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الالتقام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الي فترة شفاء.

أقهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت، آثارات مشابهة لآثارات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الي عدة ايام فقط، تغيرات صبغية ( بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الى ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المختلفة قد تتضمن حكة، ألم،كدمات، التهاب،ندوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية أثناء العلاج . وعلى ايضا ابقاء عيناك منقنات أثناء العلاج. أقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات التخدير.

لقد تم شرح العلاج بكامله وفائدة ومضاعفاته المحتملة، وقد تمت الاجابة على جميع اسئلتني وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التوقيع:

التاريخ:

اسم المريض/ولتي امر المريض:

روماد زيسه الكا زيسه



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007636)

Date:14-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003933 - WAFAA 000 - 971527874666

The sum of Dhs. **One Hundred Five 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 **105.00**

Bank: Cheque No.

Date: 14-02-2020

Being **1 session carbon + 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 : 1003933 - WAFAA 000 - 971527874666

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



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 131.25

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008007)

Date:05-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003933 - WAFAA 000 - 971527874666**

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **131.25**

Bank: Cheque No.

Date: **05-03-2020**

Being **1 SESSION CARBON + 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 : **1003933 - WAFAA 000 - 971527874666**

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