



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

File No:

Date: / /

Date: 12/2020

File Number: 1003977

Patient Name: iman azeez

اسم المريض:

Date Of Birth: 26/3/1992 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality: (الجنسية) I.C.A.F

Occupation: (الوظيفة)

Address: (العنوان)

Phone No. (رقم الهاتف): 05.035.62836

E-MAIL: iman.azeez1992@gmail.com

How did you know about us:

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



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 أقرار 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 الأفضل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا 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 اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو 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 الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان 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 فحسي الملف صحية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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 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 (الوزن) : (مقياس الدم) Blood Type :
Pulse (النبض): ppm (الطول): cm (ضغط الدم) Blood Pressure : / (سكر الدم) Blood Sugar :

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى

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

.....



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-009216

Date: 05-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003977 - EMAN 000 - 971503562836**

The sum of Dhs. **One Thousand and Hundred Fifty Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,050.00 (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 sessions meso + prp + 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

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009215)

Date:05-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003977 - EMAN 000 - 971503562836

The sum of Dhs. One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 157.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 05-06-2020

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 : 1003977 - EMAN 000 - 971503562836

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

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO

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	Iman Azeez,,,Shahadha	IDN:	784197237620683	Mother Name:	
Name (Ar)	إيمان عزيز شحادة	Card Number:	093697112	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRQ	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	العراق		
Issue Date:	20/03/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	17/03/2021	Date of Birth:	26/03/1972	Sponsor Name:	ليار جي القايضة بن ذ م م
Marital Status:	04	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120142712647	Residency Expiry:	17/03/2021
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

2/6/2020

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

Carbon Case

أقر أنا _____ بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج

هو احد الإستعدادات لإعادة التشجير الكربوني باستخدام لوشن الكربونو يتبعه التشجير بالليزر • جهاز ليزر ال Q-Switch باستخدام

خطوط الوجه والشنود الصبغي (البقع الحمراء والنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم , علاج التجاعيد بضارة البشرة, وعلاج علامات التقدم بالسن بالسن وحالات أخرى), تحسين ملمس البشرة , علاج حب الشباب ,احمرار الجلد , إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب), الندوب التي تتبع إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح 3-5 جلسات معصمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات الحبوب توسع مسلمات الجلد .مراجعة كل 3-6 اشهر

يقوم الجهاز بالتشجير بدون استخدام لوشن الكربون, بينما التشجير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة التشجير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر • لوشن الكربون مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكاف و زيادة التصبغات بعد الإلتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكاف

.إزالة الوشم بالليزر .

.الأورام الصبغية .

.تشجير الشعر .

الإضافي(الوضع فطريات إزالة A).

بببر إزالة الكاف (الوضع M).

:مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن

تداول عقار الأيسوترتينوين (الأكيوتان) خلال ال6 اشهر الماضية .

.الحمل والرضاعة .

.الأمراض الجلدية والالتهابات و الاورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج .

.مشاكل في الجهاز المناعي .

.الإصابة بالإلتهاب والتهاب الكبد الوبائي .

(ضعف الشفاء)تكون الندوب الجلدية .

.التهاق .

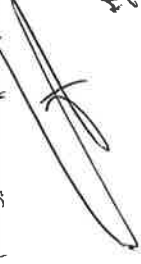
درجة التحسن بعد أتعهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوحة ان تتحقق بعد الجلسة الاولى, ولا يتضمن الطبيب رضاي عن عدة جلسات

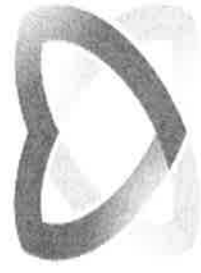
لقد تم الشرح لي عن الحاجة الى انتهاء خطة العلاج, و انا اتفهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي لليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي الوراثة العلاج.وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات بالكامل

أتعهم ان كما هناك منافع للجراة المطلوب, اتفهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء.لاإلتقام, ماعدا التشجير الناعم الذي

1

٢٠١٦/١١/٢٨





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008428)

Date:07-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003977 - EMAN 000 - 971503562836

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty-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 **157.50**

Bank: Cheque No.

Date: 07-04-2020

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 : 1003977 - EMAN 000 - 971503562836

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-007503

Date: 06-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003977 - EMAN 000 - 971503562836

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty Seven and Five Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **157.50 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **advance for 1 session carbon laser + 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

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 787.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008485)

Date:11-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003977 - EMAN 000 - 971503562836

The sum of Dhs. **Seven Hundred Eighty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **787.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 11-04-2020

Being **immune drip + 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 : 1003977 - EMAN 000 - 971503562836

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