

File No:

Date: 9 / 12 / 2020

Date: 9 / 12 / 2020

File Number: 1004000

Patient Name: *Parlina Lazhemska*
إسم المريض: 1004000

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 24 / 1 / 1978 Gender (الجنس): M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Nationality (الجنسية): Bulgarian Occupation (الوظيفة): Teacher

Address (العنوان): *Sharjah Al Raawun* Phone No. (رقم الهاتف): 052 63 59563

E-MAIL: *polylajemska212@hotmail.com* How did you know about us: *instagram*

التاريخ الطبي Medical History		Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition			
هل تعاطى أي أدوية أو تلقي أي علاجات حديثة؟ Recent or current drugs/Medical Treatment	No		
هل تعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟ Corticosteroids/Immunosuppressant	No		
هل لديك أي حساسية؟ Allergies	No		
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟ Surgical Operations, Serious Illness	No		
جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	No		
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات للدم؟ High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	No		
انيميا (نقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم) Anemia, Leukemia	No		
أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، النمل، أمراض أخرى Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	No		
هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟ Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	No		
هل أنت حامل؟ هل تعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	No		
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	No		
قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟ Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	No		
هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ Epilepsy, or any other neurological disease	No		
هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ Thyroid Diseases, Diabetes	No		
هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا النسيب HSV, HIV...etc	No		



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: 9/8/2020

نموذج اقرار طبي

أوافق وأسمح للطبيب بعلاج حالتني المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و
الدؤمل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي
بالعلاج الأفضل 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 لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجريبية
العقيدة لي. كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتني
المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للفحوصات و الإجراءات
العلاجية و الجراحية.

و أدرك 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 قدمته لي فتحتي للملف الصحية و
أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتني 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
التي 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 (من 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

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، أحوال المستشفى

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

.....

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	Pavlina,Nikolaeva,,Lazhenska	IDN:	784197871819690	Mother Name:	
Name (Ar)	بافلينا نيكولايفا لازهنسكا	Card Number:	090623752	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	BGR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	بلغاريا		
Issue Date:	29/08/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	27/08/2020	Date of Birth:	24/01/1978	Sponsor Name:	محمد رمضان رمضان
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	07146719
Residency Type:	03	Residency Number:	20120123113496	Residency Expiry:	27/08/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

2/9/2020



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007558)

Date:09-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004000 - PAVLINA 00. - 971526359563

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: 09-02-2020

Being 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 : 1004000 - PAVLINA 00. - 971526359563

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

For Ground Consent

I, the patient undersigned have been the procedure Carbon laser.

In detail and give consent for the same.

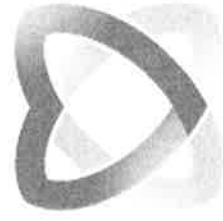
- I, the undersigned have read and understood the procedure and give consent for the same
- I understand the need to do multiple sessions to see optimum results which can be variable depending on individual skin type, age, and other factors

Risks and complications of procedure have been explained to me and also the post care and cost of procedure have been explained to me and I agree to abide by the same

Patient name and signature

Paulina Jafar

Date: 14.02.20



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-007638

Date: 14-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004000 - PAVLINA 00. - 971526359563

The sum of Dhs. **Five Hundred Twenty Five Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **525.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Receiving advance for 2 sessions 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

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

www.omc1.ae



المشرق
mashreq

ORCHID MEDICAL CTR

AL KHAN PALACE TOWER
SHARJAH U.A.E.

POS ID: 10055654 STORE: TERM:
MTD 001000027963
DATE : 14/02/20 TIME : 16:50:03
PURCHASE
MASTER (I) EXP
5460 68 PAN SEQ NO : 003
PAULINA LAENSAV

BATCH: 375 RECEIPT NO : 3763
AMOUNT AED 787.50

PLEASE DEBIT MY ACCOUNT

APPROVAL CODE 600603

AID : A0000000041010
APP NAME : MasterCard
PRE.NAME : MasterCard
TVR : 0000040000
TSI : EB00
AC INFO : 40
AC : DBED3304040F24

THANK YOU
COME AGAIN
< CUSTOMER COPY >



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007637)

Date:14-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004000 - PAVLINA 00. - 971526359563

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

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

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 : 1004000 - PAVLINA 00. - 971526359563

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007899)

Date:28-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004000 - PAVLINA 00. - 971526359563

The sum of Dhs. **Two Hundred Sixty-Two 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 **262.50**

Bank: Cheque No.

Date: 28-02-2020

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 : 1004000 - PAVLINA 00. - 971526359563

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



مركز أوركيك الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008258)

Date:22-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004000 - PAVLINA 00. - 971526359563

The sum of Dhs. Two Hundred Sixty-Two 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 262.50

Bank: Cheque No.

Date: 22-03-2020

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 : 1004000 - PAVLINA 00. - 971526359563

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