



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 13/2/2020

Date: 14/2/2020

File Number: 1004037

Patient Name: VEENA RAVI

إسم المريض:

Date Of Birth: 05/03/1990 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية) MARRIED

Nationality: INDIAN (الجنسية): INDIAN

Occupation: TEACHER

Address: PLAZA TOWER, AL-BASMA

Phone No. (رقم الهاتف): 0558 778 312

E-MAIL: Veena.Sreedharsh@gmail.com

How did you know about us: Web site

التاريخ الطبي Medical History	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	No	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
	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 الدم؟	>>	
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم) ، لوكيميا	>>	
	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، 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 البسيط	>>	

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: 14/12/2020.

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 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 أي ضمانات أو تعمين لتنتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم 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 الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الام أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي ففحي للسلف صحيحة و أتفهم ان أي 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 (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

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، إيداع للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings
الملاحظات العامة والسريانية

الفحص: Examination

التصوير الشعاعية: Radiography

التشخيص: Diagnosis

File No:

Date: / /


Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME: Veena Ravi

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
13/2/20	LHR copperlip + chin			

مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER
10
Dr. Ravi

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	Veena,,,Ravi	IDN:	784199030636064	Mother Name:	
Name (Ar)	فيينا,,,رافي	Card Number:	083140301	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IND	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الهند		
Issue Date:	25/04/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	10/04/2020	Date of Birth:	05/03/1990	Sponsor Name:	سريدارش بلاشندران بيلاي
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	31646426
Residency Type:	03	Residency Number:	20120173548936	Residency Expiry:	10/04/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

2/13/2020



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة precisely Kindly Answer the following questions

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟ How do you better describe your skin Type	<input type="checkbox"/> دائماً المحترق , little tanned <input type="checkbox"/> دائماً المحترق , Never Tanned <input type="checkbox"/> قليلاً المحترق , Always Tanned <input type="checkbox"/> نادراً المحترق , Rarely Burned, Always Tanned
هل ظهر لديك حلأ بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	لا / لا
هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	لا / لا
هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكورتون في منطقة العلاج؟ Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydrocortenon on Site?Yes/ No	نعم / لا
هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	لا / لا
هل كنت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة شمسية؟ Did you get exposed to sun or got tanned lately?	نعم / لا
هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	لا / لا
هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا Do you Have any tattoos on site? Yes / No	لا / لا
هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	لا / لا
ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشريك حالياً؟ What products you are using for your skin recently?	لا / لا
هل أجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	لا / لا
هل السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	لا / لا
هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا Have you done any permanent make up? Yes / No	لا / لا

I hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Sharjah to remove unwanted hair by laser. I understand that laser produces a beam of light that generates an energy of a certain wavelength which is absorbed in the pigments of hair follicles to impair its' ability to grow hair. I understand that the results of the treatment varies from one person to another by the variation of medical history and the skin type, hair type , patients commitment to precautions before and after sessions and the variation of individual responses to treatment. and I consent that I know all the alternative hair removal methods and I choose removing my unwanted hair by laser.

I consent that I got the following precautions:
-It's not allowed to get tanned or use tanning solutions for 4-6 weeks before and after treatment.
- Waxing and Plucking must be avoided at least 6 weeks prior to sessions.
- Tattoos and permanent make up on treatment site will be affected by laser.
- Full Medical History must be given including previous treatments, allergies and skin type.
- people who took akutan during the last 6 months or any drugs that inhibits patients from sun exposure can not remove their hair by laser.

I understand that I might see some change from first session, nevertheless the treatment will take many sessions to get the result.
Side Effect
side effects may include burning like redness. and it's possible to see some swelling or cracks. these side effects will fade away few hours to few days after treatment. hypo/hyperpigmentation is not common and it rarely last. it's advisable to avoid sun exposure. and to use sun protections.
I consent that I had the chance to enquire and ask any questions I have to the therapist and I have read and understood the content of this form (or it was read to me) and I am more than 18 years old or I have the approval of my sponsor.

Name and Signature

Date ... / ... /

.....

الاسم و التوقيع

التاريخ

أقر أنا بقدمي الي مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المؤثر. وأتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصبغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قوتها على انهاء الشعر. وأتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المريض بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. واني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لازالة الشعر كالحقن و الكريمات و ازالة الشعر بالشمع و الكي و اني اخترت ازالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تلقيت التعليمات التالية:
- لا يسمح بالتسمير او استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 اسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تقادي ازالة الشعر بالشمع او التفت قبل العلاج ب 6 اسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسيه و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر.

أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد يحدثه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.
الأعراض الجانبية
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الي عدة ايام بعد العلاج. نقص الشمس و زيادة التسميفات ليست بالأمر الشائع و لا تدمم في حال حدوثها. و يصمم بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
أقر أنه قد أتيت لي الفرصة للتسمير و توجيه الأسئلة الي المعالج المختص و اني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قرأته لي. و اني تجاوزت القائمة عشر من عمري او حصلت على موافقة ولي امري في حال عدم بلرغمي السن القانوني.



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007633)

Date:13-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004037 - VEENA 00. - 971528811358

The sum of Dhs. One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 105.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 13-02-2020

Being CHIN AND UPPER LIP + 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 : 1004037 - VEENA 00. - 971528811358

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