



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 يكتشف 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 العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الإخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الإخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو اليريق أو الالام 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 قدمته لدي فحفي المرفق صحياً، و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر ان 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: 26 / 12 / 2020
.....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): 85 Kg

Height (الطول): 164 cm

Blood Type (دم): O+

Pulse (النبض): ppm

Blood Pressure (دم): /

Blood Sugar (دم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، الجال 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: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



precisely Kindly Answer the following questions

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟

دائماً المحترق ، قليلاً الأسمر
 دائماً المحترق ، عديمة الأسمر
 قليلاً المحترق ، دائماً الأسمر
 نادراً المحترق ، دائماً الأسمر

هل ظهرت لديك سابقاً علامات شوب أو جيرة؟ نعم لا

هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم لا

هل تناولت عقار الكورتيزون/ الستيروئيدات خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا

هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكورتيزون في منطقة العلاج؟ نعم لا

هل قمت بنق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم لا

متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحمسة شمسية؟ لا بأسبوعين...
 هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم لا

هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم لا

هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم لا

ماهي المنتجات التي تستخدمها / استخدمتها لبرشك حالياً؟
 هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم لا

السيدات فقط: هل أنت حامل؟ نعم لا

هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم لا

أقر أنا...
مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لازالة الشعر غير المؤذي به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المؤثر.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصبغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. وأفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع الشعر والعلاج. و اني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لازالة الشعر كالخلع و التفت و الكريبات و ازالة الشعر بالشمع و الكي و اني اختبرت ازالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسبح بالشمس أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي ازالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشوم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات و الحساسيه و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الكورتيزون خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يحكيهم ازالة الشعر بالليزر.

أفهم أنه برغم التغيير الذي قد أحدثه من الجبسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق، ومن الممكن حدوث بعض التورم و التشققات، و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تحدث في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتيت لي الفرصة للإستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت القائمة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانوني.

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.

الإسم و التوقيع: سحر كوكب

التاريخ: 20 / 2 / 2020

1 Year Laser Hair Removal Treatment agreement

Patient Name: Mai's Alkassan File No: 100477

Agreed Machine: Deka Air Cooling Viki Diode Laser with Gel

Package Price: AED
= 6900

Date: / /

I am MAI'S agreed to purchase a one year laser hair removal treatment package as per the below terms:

- Package includes up to 12 Sessions one monthly for one year.
- Package sessions are valid for appointments within one year only from the first session date only (any appointment after that is not considered in the package and will be paid separately)
- Any Booked and Non attended appointment for session it will be considered as done and will not be redeemable.
- Any Paid Amount is non-refundable under any reason or term.
- In Case of changing appointment booking shall inform orchid medical center before at least 48 hours from appointment date.

Name: MAI'S

she paid.
Wait Amount
3622.50

Signature: 



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,622.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-007741

Date: 20-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004077 - MAYS 00. - 971505957864**

The sum of Dhs. **Three Thousand Six Hundred Twenty Two and Five Fils Only**

By Cash **3,622.50** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Being advance for 12 sessions full body plus + vat balance 3622.5

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

REDAD DATA

cAEAI0EBAA83ODQxO*

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	M/yes, Yahya, Al Naasan	IDN:	784198363502844	Mother Name:	
Name (Ar)	ميس يحيى، النسان	Card Number:	097635844	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	28/11/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	23/11/2022	Date of Birth:	22/11/1983	Sponsor Name:	عبدالعظيم صبحي حورين
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	01271212
Residency Type:	03	Residency Number:	20120043040285	Residency Expiry:	23/11/2022
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

2/20/2020