



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 27/2/2020

Date: 27/2/2020

File Number: 10041142

Patient Name: Jameela Abdulgazzar

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1/1/1998

Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Female

.....

Address (العنوان): Al Awta 2

Phone No. (رقم الهاتف): 0569467773

E-MAIL:

How did you know about us: Car bon

التاريخ الطبي	
الحالة الطبية	Medical Condition
هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Recent or current drugs/Medical Treatment
No	No
هل تتعاطى أي مثبّطات للمناعة؟	Corticosteroids/Immunosuppressant
No	No
هل لديك أي حساسية؟	Allergies
No	No
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Surgical Operations, Serious Illness
No	No
جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants
No	No
أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Anemia, Leukemia
أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other
هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease
No	No
هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems
No	No
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases
قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other
هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Epilepsy, or any other neurological disease
No	No
هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Thyroid Diseases, Diabetes
No	No
هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الأبتزر، فيروس الحلاّ البسيط etc	Other conditions HSV, HIV...etc
No	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 27/2 / 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 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 لتتوقع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي. كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى 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 قدمته لي فتمحي للشف صحية، و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر ان لدي المعلومات الكاملة لتتقيم 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: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg Height (الطول): cm Blood Type (نصية الدم):
Pulse (النبض): ppm Blood Pressure (دم ضغط): / Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة، إدخال المستشفى

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

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	Jameela,Abdulrazzaq	IDN:	784199882752928	Mother Name:	
Name (Ar)	جمله عبدالرزاق	Card Number:	090844121	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PAK	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	پاکستان		
Issue Date:	16/09/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	15/09/2020	Date of Birth:	01/01/1998	Sponsor Name:	عبدالرزاق مدت بوش بوش
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	46451443
Residency Type:	03	Residency Number:	20120183335108	Residency Expiry:	15/09/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

2/27/2020

Curas Laser Patient Consent Form

I, _____, hereby authorize Dr. _____ And/or associates/assistants to perform Q-Switch Laser Treatment.

- CURAS Q1064nm / 1064nm carbon peel using carbon lotion , followed by a soft peel and then finally a CURAS peel is indicated for skin rejuvenation, photo aging, wrinkles, fine lines, dyschromia's (undesirable red and brown discolorations associated with aging or other conditions), textural improvement, acne including erythema (redness) and depigmentation (abnormal brown discoloration from acne), acne scars, enlarged pores, and temporary removal or lightening of unwanted vellus (small, fine lightly colored) hairs. Generally. 3-5 treatments at 2-4-week intervals and maintenance treatments at 3-6 months intervals are recommended.
- Soft Peel and laser toning is a Q-Switched 1064 mode only peel without carbon lotion, while the soft peel on the other hand is laser toning plus carbonic lotion targets deeper (dermal) pigment common in melasma and post-inflammatory hyperpigmentation. This 6-12 treatment at 3-6 months intervals are recommended.
- Tattoo Removal.
- Pigmented lesions.
- Hair Bleaching.
- Nail fungus mode (A mode).
- Melasma Expert (M Mode).

Relative and absolute contraindications to treatments include: Isotretinoin (i.e Accutane) use in the last 6months, pregnancy / breastfeeding , active skin disease or infection or untreated skin cancer in the treatment area, compromised immune systems, AIDS/HIV or hepatitis, impaired healing (e.g.keloid scar formers), vitiligo.

I understand that optimal results are achieved with a series of treatments and that I will not see optimal results after one treatment, nor can the doctor guarantee my satisfaction with the level of improvement even after multiple treatments.



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007879)

Date:27-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004142 - JAMELA abdulrazzaq - 971501444381

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: 27-02-2020

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 : 1004142 - JAMELA abdulrazzaq - 971501444381

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