

File No: .....

Date: / /

Date: ... / ... / .....

File Number: ..... 1004250

Patient Name: .....

اسم المريض: ..... مهن وهدج جدير الطبيب

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 31 / 7 / 1972

M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): ..... الكويت

.....

Address (العنوان): ..... السالمية عمال جدير الناصر

Phone No. (رقم الهاتف): 9550 6753978

E-MAIL: ..... Lama.A.Al-Redh@G.Mail.com

How did you know about us: .....

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

### 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 وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و  
العوامل.
- اتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي  
بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- اتفهم 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 لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية  
المقدمة لي. كما اتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي  
المرضية.
- اتفهم تماماً كافة الأخطار 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 الألم أو الحساسية
- اتفهم 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 فتحي للسلف صحياً. و  
اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون  
موافقتي
- أقر ان لدي المعلومات الكاملة لتقييم 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 (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 ، ايدخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظمي 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               | Lama,Wajeeh,Abdel<br>Latif,Hasan | IDN:                 | 784197291648059 | Mother Name:      |                      |
| Name<br>(Ar)       | لما وجيهه عبداللطيف<br>حسن       | Card<br>Number:      | 095635115       | Mother Name (Ar): |                      |
| Title:             |                                  | Nationality:         | JOR             | Family ID:        |                      |
| Title<br>(Ar):     |                                  | Nationality<br>(Ar): | الأردن          |                   |                      |
| Issue<br>Date:     | 19/07/2019                       | Sex:                 | F               | Sponsor Type:     | 03                   |
| Expiry<br>Date:    | 10/07/2021                       | Date of<br>Birth:    | 01/01/1972      | Sponsor Name:     | خالد محمد احمد قعدان |
| Marital<br>Status: | 02                               | Husband<br>IDN:      |                 | Sponsor Number:   | 58662133             |
| Residency<br>Type: | 03                               | Residency<br>Number: | 30120133020065  | Residency Expiry: | 10/07/2021           |
| ID Type:           | IL                               | Occupation:          | 10              | Occupation Field: | 00                   |



Photo

Signature Image

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

3/11/2020

## ورقة الموافقة على البوتكس

التوقيع: ١١/٣/٢٠٢٢

أنا السيد/السيدة \_\_\_\_\_ أؤكد بأنه تم شرح لنا كيفية العلاج باستخدام البوتكس وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه كحال جميع الادوية البوتكس قد يحتوي على آثار جانبية. هذه الردود العكسية قد تكون متعلقة بالعلاج، إما بسبب المنتج أو الفرد، لكن بشكل عام هذه المضاعفات قد تحدث في الأيام الأولى التي تتبع يوم الحقن وتكون بشكل مؤقت. معظم الحالات التي تم تسجيلها تكون بدرجة معتدلة إلى خفيفة. كما هو متوقعة بعد الحقن سوف يكون هناك شعور بالحم وحرق وتيبس وتورم ووزراق.

من الآثار الجانبية الشائعة التي من الممكن حدوثها: صداع، زغللة، احمرار، تراخي بعضلات الوجه وآلم في الوجه.

من الآثار الجانبية الغير شائعة: التهاب، غثيان، تميل، التهاب في الجفن، ألم في العين، عدم رؤية واضحة، جفاف في الفم، تيبس الشفاء، تورم في الوجه وحول العين، حساسية ضد الضوء، تشنج بالعضلات، أعراض الانفلونزا، ضعف وحرارة.

الآثار الجانبية التالية قد تكون نادرة: حكة، طفح جلدي، قشعريرة، أنواع مختلفة من الطفح الجلدي الأحمر، حساسية قوية (تورم وتحديدًا في الوجه والمجرى الهوائي مما يسبب صعوبة بالتنفس)، هبوط الحاجب أو الجفن، سماع طنين بالأذن وقلة السمع، حساسية في صعوبة البلع والتنفس والكلام.

لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 4 إلى 6 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح. إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا أتفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبدل.

أنا وافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور او الوصف المرفق

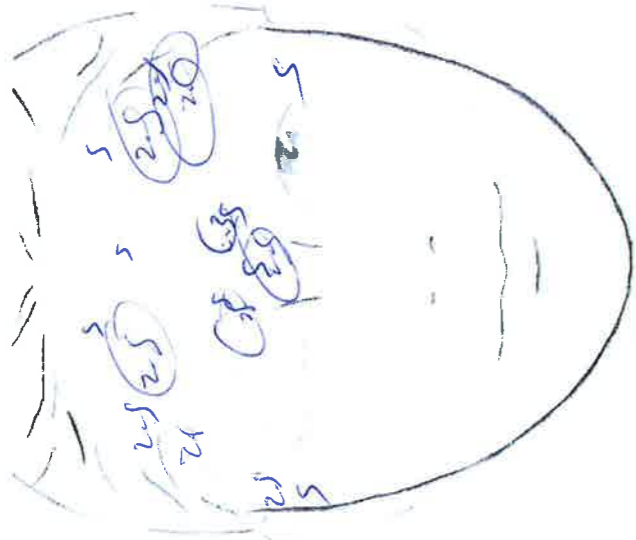
نعم لا

التوقيع: 

اسم المريض: علي مهدي

التوقيع: 

اسم المعالج: \_\_\_\_\_



**Filler Injection Log**

| Date      | Filler Type | Area Treated | Right / MI | Left / MI |
|-----------|-------------|--------------|------------|-----------|
| Session 1 |             |              |            |           |
| Session 2 |             |              |            |           |
| Session 3 |             |              |            |           |
| Session 4 |             |              |            |           |
| Session 5 |             |              |            |           |

**Botox Injection Log**

| Date      | Area Treated | Right / Units | Left / Units |
|-----------|--------------|---------------|--------------|
| Session 1 |              |               |              |
| Session 2 |              |               |              |
| Session 3 |              |               |              |
| Session 4 |              |               |              |
| Session 5 |              |               |              |

Doctor's Name and Signature

.....





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-008127

**RECEIPT VOUCHER**

AED 892.50

Date: 11-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004250 - LAMA 000 - 971506753978

The sum of Dhs. Eight Hundred Ninety Two and Five Fils Only

By Cash **892.50** / 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 **1 injection botox + 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](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**