



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 15/3/2020

Date: 15/03/2020

1004262

File Number: ~~1004262~~ 1004262

Patient Name: Maryama Alasmeh

اسم المريض: Maryama Alasmeh

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 19/06/1976 Gender: M / (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Jordan

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Maryama Alasmeh

Phone No. (رقم الهاتف): 050460228

E-MAIL: Maryama.Asmeh@gmail.com

How did you know about us: Vista

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	✓	ASAMH - مزجة
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبّطات للمناعة؟	✗	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	✗	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	✗	Minor eye glass
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، 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 مبيعات للدم؟	✗	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	✗	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	✗	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو الأمراض بولية أو تناسلية؟	✗	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني 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 الصداع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	✗	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	✗	
Other conditions HSV, HIV... etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط... etc	✗	



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 الطويل.

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 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 اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي. كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون محتملة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم 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 فتحي الملف صحيفته و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها بدون 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: ... / ... /

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 ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تداعلي العقاقير) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

التصوير الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /



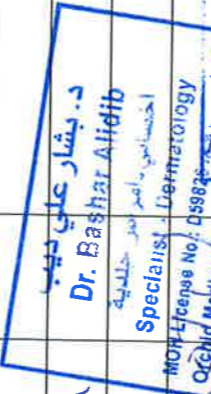

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
15.3.2020	consultation of Venereas 10 Venereas 2 upper + 8 lower  Dr. Amira Hassan ممارس عام - طبيب أسنان عام G.P General Dentist MOH License No.: D57288 مركز أوركييد الطبي Orchid Medical Centre			<i>[Signature]</i>
15.3.2020	١٥ أسنان تم تحضير بورد  Dr. Amira Hassan ممارس عام - طبيب أسنان عام G.P General Dentist MOH License No.: D57288 مركز أوركييد الطبي Orchid Medical Centre			<i>[Signature]</i>
17.05.2020	Carbon Laser			
17.05.2020	Carbon Laser			
30/9/2020	= PPO 12 throat - dyspepsia follow up 20 dyspepsia			 د. بشار علي ديب Dr. Basha Alidib اختصاصي الأمراض الجلدية Specialist - Dermatology MOH License No.: D59826 مركز أوركييد الطبي Orchid Medical Centre  Dr. Basha Alidib اختصاصي - أمراض جلدية Specialist - Dermatologist MOH License No.: D59826 مركز أوركييد الطبي Orchid Medical Centre

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO*

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	Mariana,Tail,Queder,,Alawneh	IDN:	784197629549052	Mother Name:	
Name (Ar)	مريانا طليل قويدر، عاتونه	Card Number:	098817482	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	JOR الأردن	Family ID:	
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	03
Issue Date:	17/02/2020	Date of Birth:	19/06/1976	Sponsor Name:	يوسف احمد مفضى جياخته
Expiry Date:	28/01/2023	Husband IDN:		Sponsor Number:	02192750
Marital Status:	02	Residency Number:	20120163816349	Residency Expiry:	28/01/2023
Residency Type:	03	Occupation:	99	Occupation Field:	00
ID Type:	IL				



Photo

Signature Image

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

3/15/2020

استمارة الموافقة على العلاج بخيوط PDO

التاريخ: _____

أوافق على المعالجة بخيوط PDO وقد تم شرح أن هذه الخيوط من مادة بولي ديوكسانون المعقمة مع الكاتيونات والتي تزرع تحت الجلد في الطبقة الشحمية لشد الوجه وإعطاء النضارة.

تزداد النتائج بالتحسن لمدة شهرين وتستمر النتائج لمدة 10 إلى 12 شهر.

ينصح بعدم تناول الأدوية المسيلة للدم قبل و بعد أسبوعين من الإجراء.

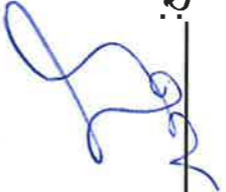
الآثار الجانبية

ألم في الأسبوع الأول-إحساس شد في المنطقة-كدمات-تورم-إحساس تحرك محدد-عدم تناظر بالوجه- غمزات بالجلد-التهاب وحمج بالجلد-أذية بالأعصاب أو الأوعية الدموية.

معظم هذه الاختلاطات مؤقتة.

أنفهم أن النتائج تختلف من شخص لآخر وتعتمد على حالة الشخص، وأن المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج وعدم نشر الصور الا بالموافقة الموقعة مني.

التوقيع: 

اسم المريض: ماريانا

د. سحر ديب

ورقة الموافقة على البوتكس

التاريخ: _____

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، تمييل، التهاب في الجفن، ألم في العين، عدم رؤية واضحة، جفاف في الفم، تيبس الشفاه، 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 وتحديدا 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 إيلاغي 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 أفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور أو الوصف المرفق
نعم لا

اسم المريض: طارق

التوقيع: _____

اسم المعالج: د. ربيع

التوقيع: _____

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا ساحل عجلون بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج

هو احد الإستطبات لإعادة التقشير الكروني باستخدام لوشن الكرونيو يتبعه التقشير بالليزر ● جهاز ليزر ال Q-Switch باستخدام

خطوط الوجه والشذوذ الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم , علاج التجاعيد نضارة البشرة , وعلاج علامات التقدم بالسن بالسن وحالات أخرى) , تحسين ملمس البشرة , علاج حب الشباب , احمرار الجلد , إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب) , الندوب التي تتبع إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معصهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات , الحبوب , توسع مسامات الجلد ,مراجعة كل 3-6 اشهر

يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكرويون, بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بالإضافة التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر ● لوشن الكرويون مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف وزيادة التصبغات بعد الإلتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف

.إزالة الوشم بالليزر .

.الأورام الصغوية .

.تفتيح الشعر .

الإضافي(الوضع فطريات إزالة A).

بير إزالة الكلف (الوضع M).

:مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن

.تداول عقار الأيسوترتينوين (الأكروتان) خلال ال6 اشهر الماضية .

.الحمل والرضاعة .

.الأمراض الجلدية والإتهابات و الاورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج .

.مشاكل في الجهاز المناعي .

.الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي .

(ضعف الشفاء)تكون الندوب الجلدية .

.التهاق .

درجة التحسن بعد أتقهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوحة لن تتحقق بعد الجلسة الاولى. ولا يتضمن الطبيب رضاي عن عدة جلسات

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الى انهاء خطة العلاج, و انا اتقهم ان النتائج قد تتخفف بالنظر الى استجابتي لليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي الواردة العلاج.وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات بالكامل

أتقهم ان كما هناك منافع للإجراء المطرّب, اتقهم ان الإجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تأخر في فترة الشفاء/ الالتئام, ماعدا التقشير الناعم الذي



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,500.00 **RECEIPT VOUCHER** No: REC-008523
Date: 16-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004262 - MARIANA ALAWNEH - 971504600228**

The sum of Dhs. **Two Thousand Five Hundred Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **2,500.00 (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 THREADS + 1 INJECTION FILLER 1200 + 2 SESSIONS CARBON + VAT BALANCE 4325**

Made by Reem **Facial Free** **31/10/2020** **FREE AFTER Paid Treatment!**

- 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

Handwritten signature and name: Mariana Alawneh

For Ground Consent


I, the patient undersigned have been the procedure Pro-Facial

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

Marwan 

Date: _____