


PATIENT NAME:

FILE NO#:

| DATE      | TREATMENT   | PAYMENT | BALANCE | SIGNATURE |
|-----------|---|---------|---------|-----------|
|           | 8500 19 Veneers   |         |         |           |
|           | 1000 1 Zircon   |         |         |           |
|           | 9975 with vat   |         |         |           |
|           |  NAOS <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">10,000</span> |         |         |           |
|           | Consultation veneers  |         |         | D. Anik   |
|           | تمشيط   |         |         |           |
| 18-3-2008 | 19 Veneers  | 10000   |         |           |
|           | 1 Zircon  |         |         |           |
| 26.03.08  | Carbon Laser  |         |         |           |
| 4/6/2008  | RCI   |         |         |           |


**BIODERMA**  
 LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Dr. Wafiq Marwan Arabbaa  
 اختصاصي جراحات الوجه  
 Specialist  
 MOH License No. 1526  
 Orchid Medical Center



مركز أوركيبيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008318)

Date:26-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004273 - LATIFA AL ZAROONI - 971506714646**

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **157.50**

Bank: Cheque No. Date: **26-03-2020**

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 : **1004273 - LATIFA AL ZAROONI - 971506714646**

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

## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا لطيفة الزرعوني بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج

هو أحد الإستعدادات لإعادة التقشير الكروني، باستخدام لوشن الكرونو تيجي التقشير بالليزر • جهاز ليزر ال Q-Switch باستخدام

خطوط الوجه والشنود الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها المرتبطة بالتقدم ، علاج التجاعيد ،بضارة 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 بنصح 3-5 جلسات معصهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات (الجيوب ، توسع مسلمات الجلد ،مراجعة كل 3-6 اشهر

يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكرونو، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر • لوشن الكرونو مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف وزيادة التصبغات بعد الإنتهاء. بنصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف

إزالة الوشم بالليزر .

الأورام الصبغية.

تقشير الشعر .

الإضافر(الوضع فطريات إزالة A.

ببر إزالة الكلف (الوضع JM).

بمضادات الإستعمال للعلاج يتضمن

تتاول عطار الأيسورتيبيون (الأكوتان) خلال ال6 اشهر الماضية .

الحمل والرضاعة .

الأمراض الجلدية والتهابات و الاورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج .

مشاكل في الجهاز المناعي .

الإصابة بالإيدز و التهاب الكبد الوبائي .

(ضعف الشفاء(ككون الندوب الجلدية.

التهاق .

درجة التحسن بعد أتقهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوة لن تتحقق بعد الجلسة الأولى، ولا يتضمن الطبيب رضاي عن عدة جلسات

أقد تم الشرح لي عن الحاجة الى إنهاء خطة العلاج، و انا اتقهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي للليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي الوارده العلاج، وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات بالكامل

أتقهم ان كما هناك منافع للإجراء المطلوب، اتقهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/الانتقام، معدا التقشير الناعم الذي

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO'

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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** Latifa,Suhrab,Abdulaziz,Ahmed,Alzarooni  
**Name (Ar)** لطيفة سهراب عبدالعزیز احمد الزرعوني  
**Title:**  
**Title(Ar):**  
**Issue Date:** 26/12/2017  
**Expiry Date:** 26/12/2022  
**Marital Status:** 02  
**Residency Type:**  
**ID Type:** ID



Photo

**IDN:** 784197441082811 **Mother Name:**  
**Card Number:** 086862931 **Mother Name (Ar):**  
**Nationality (Ar):** ARE الإمارات العربية المتحدة  
**Family ID:** 201010005  
**Sex:** F **Sponsor Type:**  
**Date of Birth:** 27/01/1974 **Sponsor Name:**  
**Husband IDN:** **Sponsor Number:**  
**Residency Number:** **Residency Expiry:**  
**Occupation:** 99 **Occupation Field:** 00

Signature Image

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

3/17/2020



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-008185

Date: 18-03-2020

RECEIPT VOUCHER

AED 1,000.00

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004273 - LATIFA AL ZAROONI - 971506714646**The sum of Dhs. **One Thousand Only**By Cash **1,000.00** / 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 2 SUPER FACIAL + 4 SESSIOS CARBON + VAT BALANCE 470**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**









