



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... الجمال... جمال
Health... Smile... Beauty

File No:

Date: 17/3/2020

Date: 17/3/2020

File Number: 1004274

Patient Name: Rawhage Nemer

اسم المريض:

Date Of Birth: 05/09/86 Gender: M (F)

Marital Status: (اجتماعية): Single

Nationality: (الجنسية): Palestine

Occupation: (الوظيفة): HR Supervisor

Address: (العنوان): Ajman - UAE

Phone No. (رقم الهاتف): 056-1099373

E-MAIL: Saud.dub@orbimedical.com

How did you know about us: Friend

Medical History	التاريخ الطبي	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Medical Condition	الحالة الطبية		
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟		Yes	عائنيوس 3
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟		No	-
Allergies هل لديك أي حساسية؟		Yes	عصاف حبوب
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟		No	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)		No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى		No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ملغ للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		No	
Other conditions HSV, HIV...etc	هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الأبتز، فيروس الحلا البسيط etc	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: / ... /

نموذج اقرار طبي

- أوافق وأسمح 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 الأمثل 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 تامين لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي. كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالتهاب 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمته لدي ففحصي الملف صحية و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستنقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: / ... /

14-03-2020

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

أبؤشورات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg Height (الطول): cm Blood Type (نصيلة الدم):
Pulse (النبض): ppm Blood Pressure (مضغف 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 ، اذخال للمستشفى

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (تعاطي الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي 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

.....

United Arab Emirates دولة الامارات العربية المتحدة
Driving License رخصة القيادة



License No.	80539	رقم الرخصة
Name	RAWHEYA M M NEMER روحية مهن محمد نمر	الاسم
Nationality	PALESTINIAN	الجنسية
Date of Birth	05-09-1985	تاريخ الميلاد
Issue Date	28-09-2006	تاريخ الاصدار
Expiry Date	19-09-2026	تاريخ الانتهاء
Place of Issue	AJMAN	جهة الاصدار

سجل الرخصين
SHTR21793

Curas Laser Patient Consent Form

I, Rawhaya Nemer, 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 أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008175)

Date:17-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004274 - rawheya nemer - 971561099373

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 17-03-2020

Being 1 SESSION CARBON + 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

Confirmed by : 1004274 - rawheya nemer - 971561099373

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