



File No:

Date: 21/3/2020

Date: ... / ... /

File Number: 1004291

Patient Name: wafaa Sabha

اسم المريض: ولاء سابح

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 24/1/1984

Gender (الجنس): M

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): Egyptian

Occupation (الوظيفة): Engineer

Address (العنوان): Same Building

Phone No. (رقم الهاتف): 0559991170

E-MAIL:

How did you know about us: Same Building

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

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 والمؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف 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.
- أتفهم ضمناً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للعمليات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادر ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم 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 قدمت لي فتحي الملف صحيحة و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون مراقفتي
- أقر ان 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

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):



التاريخ: ... / ... /

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

المؤشرات الحيوية Vital Signs
 الوزن (الوزن): 83,8 Kg Weight
 الطول: 154 cm Height
 ضغط الدم: / Blood Pressure
 النبض: ppm Pulse
 فصيلة الدم: Blood Type
 سكر الدم: Blood Sugar

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

عمليات سابقة ، الجراحات للمستشفى
 Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين: Y / N Smoking

تعاطي الكحول: Y / N Alcohol

تعاطي العقاقير: Y / N Drugs

اللاخففات العامة و السريرية General & Clinical Findings

↑ fat , ↑vF

الفحص Examination

✓ In Body

الصور الشعاعية Radiography

✓

التشخيص Diagnosis

obese II

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
21/3/2020	Hair Damage after Keratin P: MICLORIN cap - Betnordie AERius - ACM ^{SH} Plan: PRP (6) session	today		cons
22/3/2020	Diet plan for fat loss (4 sessions) + machin treatment (4 sessions)			
6/6/2020	ACD GORSION 20 4 day 10 6 day - AEREOS - BEPANTHEM follow after 2 weeks			
20/6/2020	follow up good cont: - AEREOS RP - BEPANTHEM BP - Photopic BP			

Dr. Wessam Mawad Al. I.
Dermatology Specialist
MOH License No.: 4225
Orchid Medical Centre

د. بشار علي ديب
Dr. Bashar Alidib
اختصاصي - امراض جلدية
Specialist - Dermatology
MOH License No.: D58826
Orchid Medical Centre

د. بشار علي ديب
Dr. Bashar Alidib
اختصاصي - امراض جلدية
Specialist - Dermatology
MOH License No.: D58826
Orchid Medical Centre

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO*

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	Walaa,O.F.,Sabha	IDN:	784198464921364	Mother Name:	
Name (Ar)	ولاء،عسر،فايق،وصبحة	Card Number:	084299182	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PSE	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	فلسطين		
Issue Date:	10/07/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	05/06/2020	Date of Birth:	29/06/1984	Sponsor Name:	نصير كمال فريد صبحة
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	06809447
Residency Type:	03	Residency Number:	30120173014661	Residency Expiry:	05/06/2020
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

3/21/2020



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008245)

Date:21-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004291 - WALAA SABHA - 971559991170

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 210.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 21-03-2020

Being CONSULTATION + 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 : 1004291 - WALAA SABHA - 971559991170

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,575.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008246)

Date:21-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004291 - WALAA SABHA - 971559991170

The sum of Dhs. One Thousand Five Hundred Seventy-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 1,575.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 21-03-2020

Being 4 SESSIONS ENDYMED + 4 VISITS WITH DIET PLAN + 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 : 1004291 - WALAA SABHA - 971559991170

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009246)

Date:06-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004291 - WALAA SABHA - 971559991170

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 210.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date: 06-06-2020

Being consultation + 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 : 1004291 - WALAA SABHA - 971559991170

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