



File No:

Date: 22/3/2020

Date: ... / ... /

File Number: 1004294

Patient Name: Mohamed Islam Khan

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / ... /

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية):

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 0509350989

E-MAIL:

How did you know about us:

التاريخ المرضي 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؟		
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟		
Allergies هل لديك أي حساسية؟		
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟		
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، 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 مميعات للدم؟		
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)		
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، أمراض أخرى		
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي موانع للحمل؟ هل تعالين 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 الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟		
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟		
HSV, HIV...etc فيروس الأبتز، فيروس الحلا السسيط...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 أقرار طبي

أوافق وأسمع 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 تزويدي بالعلاج الأفضل والخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والعلاجات اللازمة والمطلوبة بحكم خبرته المهنية والعلمية.

أقر أن لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات والإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي. كما أتفهم الأخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار والمضاعفات التي قد تكون محسوبة للفحوصات والإجراءات العلاجية والجراحية.

و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية والعلاجية والجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية وأن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية والتاريخ الطبي الذي قدمته لي قد تم فحصي للهدف صحيحة. و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و إن 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 (النض): ppm Blood Pressure (دم ضغط): / Blood Sugar (دم سكر):

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 (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

Radiography التصوير الشعاعية

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

خطة العلاج Treatment Plan

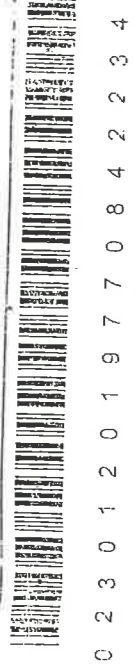
Doctor's Signature and Stamp

.....





إذن دخول إلكتروني - eVisa



إكسبو 2020

0 2 3 0 1 2 0 1 9 7 7 0 8 4 2 2 3 4

إذن دخول زيارة طويلة نسفرة واحدة سياحية

Sgl L. Term Entry Permit Visit/Tourism

ENTRY PERMIT NO :

301 / 2019 / 77/0842234

Date & Place of Issue :

09/05/2019

NATURALIZATION AND RESIDENCY ADMINISTRATION

U.I.D No :

61985328

Allowed to enter U.A.E to :

تاريخ لوصول :

مركز شرطة لدرلة الإمارات العربية المتحدة إلى

Full Name : MOHAMMAD ASLAM KHA HOSAN ALI ✓

الاسم الكامل محمد اسام خا حسن على

Nationality : BANGLADESH

الجنسية جمهورية بنغلاديش الشعبية

Place of Birth : BRAHMANBARIA

مركز الميلاد جمهورية بنغلاديش الشعبية

Date of Birth :

01/03/1984 ✓

Passport No : EA0027119 / ORDINARY PASSPORT

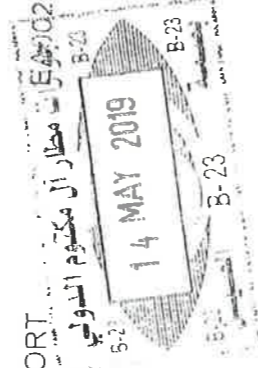
رقم الجواز جواز سفر عادي / 027119

Profession : NOT EMPLOYED

مهنة بدون عمل

Accompanied By :

مصاحبة



Sponsor الكفيل

Name : SHARJAH AIRPORT TRAVEL AGENCY TOURISM CARC

الاسم وكالة مطار الشارقة للتجارات والسياحة والسفر

Address : Per No : 30002

Mob No : 00963111654

P.O.Box : 0

Note : PLEASE REFER TO GENERAL DIRECTORATE OF RESIDENCY AND FOREIGNERS AFFAIRS IN ORDER TO COMPLETE YOUR TRANSACTION, AND NOT TO LEAVE THE COUNTRY BEFORE CANCEL THE PERMIT OR TO STAMP THE RESIDENCY ON PASSPORT.

تقديمه الرجاء مراجعة الإدارة العامة للإقامة وشؤون الأجنبيات لإتمام المعاملات وعدم مغادرة الدولة إلا بعد إلغاء التأشيرة أو تثبيت الإقامة

Director of Entry & Residency Department

مدير إدارة الدخول والإقامة

Fees Paid

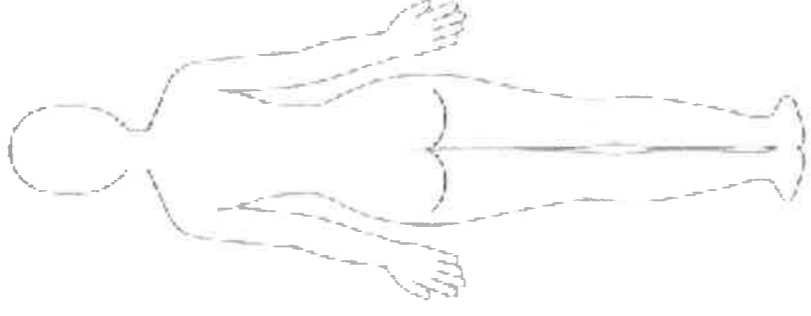
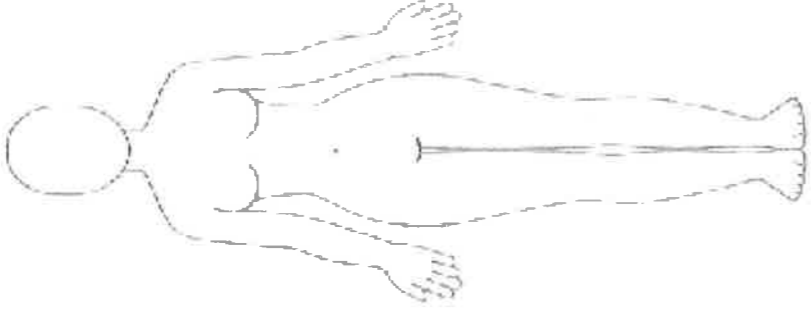
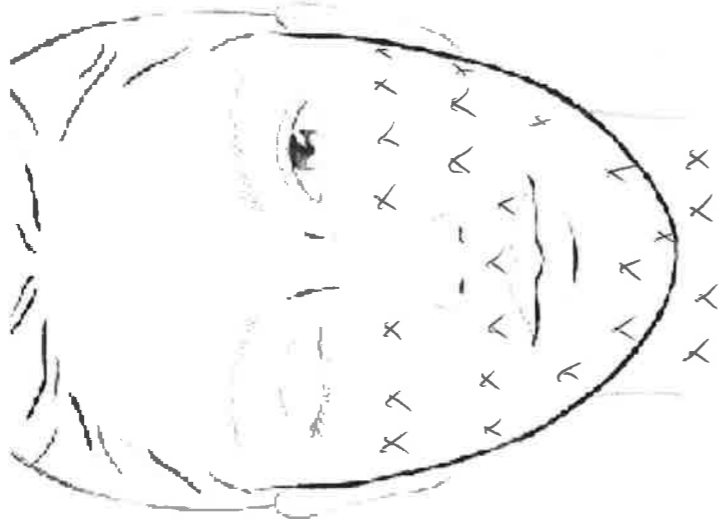
You can verify this visa through the following link

استوفيت الرسوم

يمكنك التأكد من صحة هذه التأشيرة عبر الرابط التالي:

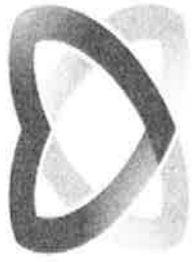
<https://smartservices.ica.gov.ae/echannels/web/client/default.html#/login>

Patient's Name: Mohel Islam Khan اسم المريض
 File Number: رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	22/3/20					
Treatment Area	face					
Hair Type						
Mode	NDYAG					
Fluence						
Pulse Type	12J/20ms					
CNT Pulse						
Passes	1					
Starting Time						
Finish Time	5:45 pm					
Post Treatment	H/RUBOIN					

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008255)

Date:22-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004294** - mohammed islam - 971509350989

The sum of Dhs. **One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **105.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **22-03-2020**

Being **half face + 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 : **1004294** - mohammed islam - 971509350989

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 100.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008677)

Date:03-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004294 - mohammed islam - 971509350989

The sum of Dhs. One Hundred Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 100.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 03-05-2020

Being face laser

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 : 1004294 - mohammed islam - 971509350989

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