



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

أحمد

Date: .....

Age: .....

Sex: .....

Name: .....

Rx

Yellow All (500)

③ PRP Biothr (1800)

③ PRP Face (1500)

3990

مع الفريسة

١٥٠٠

Al Khan Corniche, Al Khan Palace Building / Office No. 201  
Tel: +971 6 555 8337, Fax: +971 6 528 8130, E-mail: info@omc1.ae



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 14 / 4 / 2020

Date: ... / ... / ..... File Number: 1004392

Patient Name: Alica Mahal Al Hamoudi اسم المريض: .....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 25/1/85 Gender (الجنس): M (X) F Marital Status (الحالة الاجتماعية): .....  
Nationality (الجنسية): U.A.E Occupation (الوظيفة): .....

Address (العنوان): ..... Phone No. (رقم الهاتف): 050-6888928

E-MAIL: ..... How did you know about us: .....

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؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	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 الدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا	
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 HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا السبب...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.

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 المؤهل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي 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 نتائج للعلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك 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 قضي للهدف الصحية و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون 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: 2024 / 4 / 14

اسمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Pulse (النبض):	Kg ppm	Height (الطول): Blood Pressure (ضغط الدم):	cm /	Blood Type (دم): Blood Sugar (سكر الدم):
-----------------------------------	-----------	---	---------	---

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History: التاريخ المرضي:	
Allergies الحساسية	
Medications الأدوية	
Pregnancy الحمل	
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة، إدخال المستشفى	
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (الكحول): Y / N
	Drugs (دواء): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
12.3.2020	Venous + Zillon			Dr. Amira Hassan
17.2.2020	12 Z + 11 one plica fracture Venel + Dr. Amira Hassan معالج عام - طبيب اسنان عام G.P General Dentist MOH License No.: D57288 Orchid Medical Centre			Dr. Amira Hassan
15/4/2020	chemical peel (1) next app: PRP Hair face + Blood test SP:MD			Dr. Wesam Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: D58826 Orchid Medical Centre
20/5/2020	PRP face, hair			Dr. Bashar Aliidib Specialist - Dermatology MOH License No.: D59826 Orchid Medical Centre

1/5/2020/2 PRP  
 - G. V. Tabbar  
 - Vitamin B3  
 - M162103

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**

<b>Name</b>	Alyza,Mohamed Stour,Mohamed,,Alhmoudi علياء محمد ستور محمد, الحمودي	<b>IDN:</b>	784198571806870	<b>Mother Name:</b>	Aisha Abdumajed Hamed
<b>Name (Ar)</b>		<b>Card Number:</b>	082015726	<b>Mother Name (Ar):</b>	عليقة عبدالمجيد حامد
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	ARE	<b>Family ID:</b>	706002594
<b>Title (Ar):</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	الإمارات العربية المتحدة		
<b>Issue Date:</b>	08/02/2017	<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	
<b>Expiry Date:</b>	08/02/2022	<b>Date of Birth:</b>	25/01/1985	<b>Sponsor Name:</b>	
<b>Marital Status:</b>	03	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	
<b>Residency Type:</b>		<b>Residency Number:</b>		<b>Residency Expiry:</b>	
<b>ID Type:</b>	ID	<b>Occupation:</b>		<b>Occupation Field:</b>	99

Photo



Signature Image

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

4/14/2020



بنك الخليج الأول  
First Gulf Bank  
Mussafah BR

Date 01/05/2020

Pay against this cheque to  
or the bearer

Orchid Medical Center

Dirhams Two Thousand One Hundred

Only

# 2100/

ALYAA MOHAMED SROUR M. ALHMOUDI

Check No. Account No.

WARNING: THIS CHEQUE CONTAINS INVISIBLE UV/IR INK PRINTED ON WATERMARK PAPER

Please do not write below this line

التوقيع  
Signature

الرجاء عدم الكتابة تحت هذا الخط

١١ ٤ ٣ ٢٦ ٥٩٤ ٥٠ ٢ ٦ ٢٠ ١ ٢١ ٢١ ٢١ ٤ ٤ ٥ ١ ٦ ٧ ٩ ٠ ١ ٦ ١١



بنك الخليج الأول  
First Gulf Bank  
Mussafah BR

Date 01/06/2020

Pay against this cheque to  
or the bearer

Orchid Medical Center

Dirhams Two Thousand One Hundred

Only

# 2100/

ALYAA MOHAMED SROUR M. ALHMOUDI

Check No. Account No.

WARNING: THIS CHEQUE CONTAINS INVISIBLE UV/IR INK PRINTED ON WATERMARK PAPER

Please do not write below this line

التوقيع  
Signature

الرجاء عدم الكتابة تحت هذا الخط

١١ ٤ ٣ ٢٦ ٦٠٤ ٥٠ ٢ ٦ ٢٠ ١ ٢١ ٢١ ٢١ ٤ ٤ ٥ ١ ٦ ٧ ٩ ٠ ١ ٦ ١١



بنك الخليج الأول  
First Gulf Bank  
Mussafah BR

Date 01/07/2020

Pay against this cheque to  
or the bearer

Orchid Medical Center

Dirhams Two Thousand One Hundred

Only

# 2100/

ALYAA MOHAMED SROUR M. ALHMOUDI

Check No. Account No.

WARNING: THIS CHEQUE CONTAINS INVISIBLE UV/IR INK PRINTED ON WATERMARK PAPER

Please do not write below this line

التوقيع  
Signature

الرجاء عدم الكتابة تحت هذا الخط

١١ ٤ ٣ ٢٦ ٦ ٤٥ ٥٠ ٢ ٦ ٢٠ ١ ٢١ ٢١ ٢١ ٤ ٤ ٥ ١ ٦ ٧ ٩ ٠ ١ ٦ ١١





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 5,000.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-008503

Date: 14-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004392 - ALIA 00. - 971506888928

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

By Cash **5,000.00** / 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 9 zircon 8100 + 11 veneers 2750 balance 6300 paid by 3 chqs

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

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**

ورقة الموافقة على التقشير الكيميائي

التاريخ: 15/4/2022

أنا أخول Pi.wesam لتطبيق Flow Peel على Face لنضارة بشرتي وعلاجها من التصبغات واثار الحبوب والتجاعيد. أتفهم جيدا بان هذا الاجراء اختياري بحت، وأن النتيجة قد تختلف من شخص لآخر والعلاجات المتعددة قد تكون ضرورية.

أتفهم بأنه:  
من المحتمل حدوث بعض المضاعفات التي قد تكون نادرة لكن محتملة.

ظهور بعض الاعراض الجانبية الشائعة كاحمرار مؤقت، حرق بسيط وقد يستمر لمدة 3 إلى 4 ساعات أو لعدة أيام.

تصبغات متغيرة تشمل هيلير بيجمينيشن (تفتيح للبشرة) أو ( غامقان بالبشرة) وقد تستمر لمدة 1 إلى 6 اشهر أو أكثر.

بعض الاعراض المحتملة الاخرى كشعور بالحكة، ألم، حرق، التهاب، تقشير، تورم. من المحتمل ايضا عدم الحصول على النتيجة المتوقعة أو المرغوب بها.

أتفهم بأنه عند تعرضي للشمس أو جهاز الشمس وعدم الالتزام بإرشادات العناية المطلوبة أتباعها قد تزيد من فرصة حدوث مضاعفات.

إرشادات قبل وبعد العلاج و اجراءات العلاج تم شرحها لي بالكامل من القوائد المحتمل الحصول عليها والمضاعفات . لقد تمت الاجابه على جميع تساؤلاتي وأنا أوافق بشدة على تطبيق العلاج.

إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وايضا أتفهم أن 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

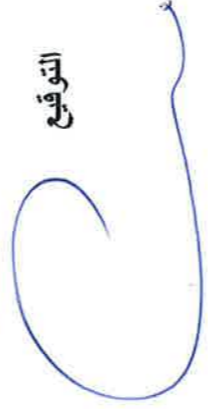
التوقيع



اسم المريض / الضامن & العلاقة

علياء مكي حسيرو الخوري

التوقيع



اسم الدكتور / المعالج



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,000.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-008515

Date: 15-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004392 - ALIA 00. - 971506888928**

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:

Reing **advance for 3 session prp + biotin + 3 session prp face + vat balance 2470**

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](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008516)

Date: 15-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004392 - ALIA 00. - 971506888928

The sum of Dhs. Five Hundred Twenty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 525.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 15-04-2020

Being 1 session yellow + 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 : 1004392 - ALIA 00. - 971506888928

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)

PPP Treatment Consent Form القنية بالصفائح الدموية  
PPP Treatment Consent Form القنية بالصفائح الدموية

Description of Treatment

This treatment involves the collection of your blood (approximately 11 - 22 ml), then your blood is spun down using a centrifuge to separate out the plasma and platelet portion using the separator gel as a special filter. The PPP portion of your blood is then used at the point of care to re-energize your cells into rejuvenating themselves. The product is 100% your own blood by-product (autologous). If you have any questions please do not hesitate to ask your physician or nurse.

Side Effects

you will likely experience mild to moderate swelling of the treated area, this will last for about 12- 24 hours; ice or cold compresses can be applied to reduce swelling if required. You may notice a tingling sensation while the cells are being activated. In rare cases skin infection may occur, which is easily treated with an anti-biotic.

Contraindications

You should not have PPP treatment done if you have any of the following conditions: Skin conditions and diseases including: Facial cancer, existing or uncured. This includes SCC, BCC and melanoma, systemic cancer, chemotherapy, steroid therapy, dermatological diseases affecting the face (i.e. Porphyria), Blood disorders and platelet abnormalities. Anticoagulation therapy (i.e.: Warfarin) Platelet dysfunction syndrome, critical thrombocytopenia, hypofibrinogenemia, haemodynamic instability, sepsis, chronic liver disease, Hepatitis or any acute or chronic infections. Aspirin, Anti-inflammatory such as Nurofen, Voltaren, Diclofenac, or Naproxen etc.? St Johns Wort, Garlic,

Are you currently taking, or have you recently taken (within 14 days) Vitamin E, or Fish Oil supplements that could have a thinning effect on your blood.

In case of presence of any previously mentioned contraindications please mention it here

Or Ask the doctor if you are not sure or you have any questions.

Patient's Name and Signature:

اسم المريض / التوقيع  
علاء

Date: .... / ... / ....

التاريخ: .... / ... / ....

وصف العلاج

يتضمن العلاج باستئذان البلازما القنية بالصفائح الدموية أخذ عينة من دم المريض تساوي تقريباً (١١ - ٢٢) مل. ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي للفصل البلازما و الصفائح باستخدام سائل فاصل التفتية بشكل خاص. ثم يعاد حقن البلازما القنية بالصفائح الدموية في منطقة العلاج لتحفيز الخلايا و إعادة التفتية لها.

هذا المنتج يكون بشكل كامل من دم المريض. إذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات لا تتردد بسؤال الطبيب المختص أو أي من موظفي المركز.

الاعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الطفيف الى المتوسط في المنطقة المعالجة و قد يستمر هذا التورم من (١٢-١٧) ساعة ويحتم وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة الأقوية إذا تطلب الأمر. من الممكن ان تشعر ببعض الهزئ الخفيف بينما يتم تشييد الخلايا. نادراً ما يصبح العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام الكمادات الباردة.

موانع للعلاج

لا يجب أن تتلقى العلاج باستخدام البلازما القنية بالصفائح الدموية في الحالات التالية: الأمراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير المعالجة كسرطانات الخلايا السرطانية و سرطانات الحنجرة و سرطانات الثدي الصلبة و السرطان الجهازى و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الأمراض الجلدية التي تصيب الوجه (مثل البرص). أمراض الدم و الخلل في الصفائح الدموية، علاج تشتر الدم (مثل البرص).

متلازمة خلل الصفائح الدموية، التمس الجلد في حد الصفائح الدموية، نقص في فيبرينوجين الدم. عدم استقرار تدفق الدم، حالات التشنج الصدوي، أمراض الكبد المزمنة، التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة.

تناول الأسبرين و مضادات الالتهاب كالتيفروغن و الفينارين و النيكوتينيك و الماسكيزيد، أو مستحضرات الفهم، أو إذا كنت تتناول حالياً (خلال الأربعة عشر يوماً) المنشع، مكملات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي إلى نزف الدم. في حالة وجود أحد موانع العلاج انفي سبق ذكرها يرجى كتابة ذلك هنا

و إذا لم تكن متأكدًا أو كنت لديك أي استفسارات اسأل الطبيب المختص.

I understand that due to the natural variation in quality of Platelet rich plasma, results will vary between individuals. I understand that although I may see a change after my first treatment; I may require a series of up to 6 sessions to obtain my desired outcome. The procedure and side effects has been explained to me including alternative methods; as have the advantages and disadvantages. I am advised that though good results are expected, the possibility and nature of complications cannot be accurately anticipated and that, therefore, there can be no guarantee as expressed or implied either as to the success or other result of the treatment. I am aware that the PRP treatment is not permanent as natural degradation will occur over time.

I authorize Dr. ....  
from Orchid Medical Center, perform the injection of PRP (Platelet Rich Plasma) for rejuvenation. This consent form will be valid for up to 6 applications of PRP, after which time I may be asked to complete a new form. I state that I have read (or it has been read to me) and I understand this consent and I understand the information contained in it. I have had the opportunity to ask any questions about the treatment including risks or alternatives and acknowledge that all my questions about the procedure have been answered in a satisfactory manner and that all blanks were filled in prior to my signature and I had the right to refuse the treatment. THIS CONSENT FORM IS VALID UNTIL ALL OR PART IS REVOKED BY ME IN WRITING. When completing the medical questionnaire, I have answered the personal medical history questions fully and to the best of my ability.

Patient's Name and Signature: \_\_\_\_\_

Date: ... / ... / ....

أفهم أن نتائج هذا العلاج قد تتفاوت من شخص إلى آخر باختلاف جودة البلازما الغنية بالصفائح الدموية.  
و أفهم انه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من بعد جلسة العلاج الأولى قد أحتاج حتى ٦ جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

أقر بأن هذا الإجراء الطبي و آثاره الجانبية و بدائله المحكة و منافقه و مضاره قد شرحت لي بشكل كامل.  
و أنه برغم من النتائج الجيدة المتوقعة فإنه لا يمكن توقع المضاعفات و طبيعتها بدقة. و بالتالي، لا توجد أي ضمانات واعدة أو ضمنية لنجاح هذا العلاج أو أي نتائج أخرى.  
أدرك أن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية ليس علاجاً دائماً لأن التراجع الطبيعي سوف يحدث مع الوقت.

أفوض الدكتور .....  
من مركز أوركيد الطبي بالقيام بحقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية لإعادة التضارة. و ان هذا الإقرار و التوقيع سوف يكون صالحاً حتى ل ٦ جلسات قادمة.  
و أنني قد أحتاج لتوقيع أقرار آخر بعد ذلك.

أقر أنني قد قرأت محتويات هذا الإقرار بالكامل (أو قد تمت قراءته لي) و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.  
و إني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الإخطار و الاعراض الجانبية المتوقعة عليه و خيارات العلاج البديلة له. و أن جميع أسئلتي قد أجيببت بشكل كامل و وافي و أن جميع الاجابات التي ضمنتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملأها قبل توقيعني أدناه و أنه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

ان هذا الإقرار صالح بالكامل حتى ألقه كاملاً أو جزئياً و بخط اليد.

أقر أنني قد ملأت استمارة الاستئذنة العلمية و شرحت تاريخي الطبي بشكل كامل و يكامل أرائتي.

اسم المريض / التوقيع

التاريخ: ... / ... / ....



مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008934)

Date:20-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004392 - ALIA 00. - 971506888928

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 1,000.00

Bank: Cheque No.

Date: 20-05-2020

Being prp face + prp hair with biotin + 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 : 1004392 - ALIA 00. - 971506888928

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 155.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008935)

Date: 20-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004392 - ALIA 00. - 971506888928

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 155.00

Bank: Cheque No.

Date: 20-05-2020

Being

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 : 1004392 - ALIA 00. - 971506888928

---

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omcl.ae](mailto:info@omcl.ae)  
[www.omcl.ae](http://www.omcl.ae)





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,000.00

**RECEIPT VOUCHER**

No: REC-009797

Date: 01-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004392 - ALIA 00. - 971506888928**

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 prp face and hair**

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

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,100.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009796)

Date:01-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004392 - ALIA 00. - 97150688928

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 2,100.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date: 01-07-2020

Being against chq no:432661 amt 2100 dated on 1-7-2020

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 : 1004392 - ALIA 00. - 97150688928

---

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 115.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009804)

Date:01-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004392 - ALIA 00. - 971506888928

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **115.00**

Bank: Cheque No.

Date: 01-07-2020

Being

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 : **1004392 - ALIA 00. - 971506888928**

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omcl.ae](mailto:info@omcl.ae)  
[www.omcl.ae](http://www.omcl.ae)



مركز أوركيبيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009803)

Date:01-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004392 - ALIA 00. - 971506888928

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 1,000.00

Bank: Cheque No.

Date: 01-07-2020

Being PRP HAIR WITH BIOTIN + PRP 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 : 1004392 - ALIA 00. - 971506888928

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



Mussafah BR

Date 01/07/2020

Pay against this cheque to or the bearer *Orchid Medical Center* ادفعوا بموجب هذا الشيك الى او لحامله

Dirhams *Two Thousand One Hundred Only* ٢١٠٠/-

*ALYAA MOHAMED SROUR M. ALHMOUDI* التوقيع Signature

Cheque No. Account No. Please do not write below this line

WARNING THIS CHEQUE CONTAINS INVISIBLE UV / IR INK PRINTED ON WATERMARK PAPER

١١ ٤ 3 266 ١ 50 27 ١ 20 ١ 2١ ١ ١ ٤ 5 ١ 6 7 90 ١ 6 ١

*Handwritten signature*