

Date: .....

Name: ..... Age: ..... Sex: .....

Rx

~~3000~~ 1500  
PRP  
HCA  
HCA

UC 600

4 500

3 meso 1000

1 x 4.5  
T.M.M.

3780  
3780

3500  
3500

3500



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: / /

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

File Number: ١١١١١١١١

Patient Name: .....

اسم المريض: محمد عبد الحميد الخالدي

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ٢٠٠٢ / ٠٥ / ١٠

Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية): طاب

Nationality (الجنسية): .....

Occupation (المهنة): حساب المحاسبين

Address (العنوان): .....

Phone No. (رقم الهاتف): ٥٤٥ 2577152

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؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
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 مميحات للدم؟	No	
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع 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 هل تعاني من أي أمراض أخرى؟	No	
HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، 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 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 يكتشف الطبيب خلال العلاج إجراء 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 الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو القرح أو النزيف أو الالام أو الحساسية

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

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي قد تحفي الملف الصحية و تفهم ان اي معلومات تتطرق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نمط الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط 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 ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQyMI

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	Ahmed,Saeed,Ahmed,Ali,Alkhaaldi	IDN:	784200119287462	Mother Name:	
Name (Ar)	أحمد سعيد أحمد علي الخالدي	Card Number:	091797840	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	ARE	Family ID:	307001378
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	15/11/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	15/11/2023	Date of Birth:	31/08/2001	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

4/19/2020





2/1

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
14/2/2020	lighting Peel face			
14.02.2020	TRCA for Acne Meso Hair and Dermofan.			
6.05.2020	carbon laser			
5/7/2020	PRP hair			
Next	6/6/2020			
19.05.2020	Carbon Laser			
3/5/2020	Meso face (mlc) (Hya + vitc) 10ml x 2			
6/6/2020	PRP hair			
	Ned month			
15/6/2020	Carbon Laser			
6.7.2020	Meso face Dermofan (mlc) growth			
7/7/2020	PRP hair			

د. بشار علي ديب  
Dr. Bashar Aliidib  
اختصاصي - امراض جلدية  
Specialist - Dermatology  
MOH License No.: D59826  
مركز أوركيب الطبي  
Orchid Medical Centre

د. بشار علي ديب  
Dr. Bashar Aliidib  
اختصاصي - امراض جلدية  
Specialist - Dermatology  
MOH License No.: D59826  
مركز أوركيب الطبي  
Orchid Medical Centre

د. بشار علي ديب  
Dr. Bashar Aliidib  
اختصاصي - امراض جلدية  
Specialist - Dermatology  
MOH License No.: D59826  
مركز أوركيب الطبي  
Orchid Medical Centre

Treatment Plan خطة العلاج

- ③ PRP 1500
- ④ Carbon 600
- ① Yellow Pill 500 ✓
- ③ Meso 1000

3000  
 3000  
 3000  
 3000  
 3000

Doctor's Signature and Stamp



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 551.75

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008611)

Date:27-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004414 - AHMED 000 - 971502577152

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 551.75

Bank: Cheque No.

Date: 27-04-2020

Being

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 : 1004414 - AHMED 000 - 971502577152

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

No: REC-008610

RECEIPT VOUCHER

Date: 27-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004414 - AHMED 000 - 971502577152**

The sum of Dhs. **Two Thousand One Hundred Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **2,100.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR 3 SESSIONS PRP + 4 SESSION S CARBON +1 YELLOW PILL + 3 SESSIONS MESO + 3 SESSION TCA BALANCE 0**

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**

## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا آمنة محمد علي بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج

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

خطوط الوجه والشذوذ الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم , علاج التجاعيد ,نضارة 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 ينصح 3-5 جلسات معصمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات , الحبوب , توسيع مسامات الجلد .مراجعة كل 3-6 أشهر

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 الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 أشهر خصوصا في حالة الكلف

.إزالة الوشم بالليزر .

.الأورام الصبغية .

.تقشير الشعر .

الإضافر(الوضع ففريات إزالة A).

بيير إزالة الكلف (الوضع JM).

مضادات الإستعمال العلاج يتضمن

تتأول عقار الأيسوترتينوين (الأكوتان) خلال ال6 أشهر الماضية .

.الحمل والرضاعة.

.الأمراض الجلدية والإتهابات و الأورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج .

.مشاكل في الجهاز المناعي .

.الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي .

(ضعف الشفاء)(كون الندوب الجلدية .

.التهاق .

درجة التحسن بعد أتهم تماما أن النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وأن النتيجة المرجوة لن تتحقق بعد الجلسة الأولى. ولا يتضمن الطبيب رضائي عن عدة جلسات

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

أتهمم ان كما هناك منافع للأجراء المطلوب. أتهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الانتقام. معانا التقشير الناعم الذي



مركز أوركيڤد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008717)

Date: 06-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004414 - AHMED 000 - 971502577152**

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: **06-05-2020**

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 : **1004414 - AHMED 000 - 971502577152**

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 أوركيك الطبية  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008731)

Date:09-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004414 - AHMED 000 - 971502577152

The sum of Dhs. Four Hundred Seventy-Two 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 472.50

Bank: Cheque No.

Date: 09-05-2020

Being 1 session prp + 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 : 1004414 - AHMED 000 - 971502577152

---

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 أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-010026)

Date: 11-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004414 - AHMED 000 - 971502577152**

The sum of Dhs. **Five Hundred Twenty-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 **525.00**

Bank: Cheque No.

Date: **11-07-2020**

Being **prp hair + 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 : **1004414 - AHMED 000 - 971502577152**

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 367.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009093)

Date:01-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004414 - AHMED 000 - 971502577152

The sum of Dhs. Three Hundred Sixty-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 367.50

Bank: Cheque No.

Date: 01-06-2020

Being 1 session meso face + 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 : 1004414 - AHMED 000 - 971502577152

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



مركز أوركيك الطبية  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008916)

Date:19-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004414 - AHMED 000 - 971502577152

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: 19-05-2020

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 : 1004414 - AHMED 000 - 971502577152

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 أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009221)

Date:06-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004414 - AHMED 000 - 971502577152

The sum of Dhs. Five Hundred Twenty-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 525.00

Bank: Cheque No.

Date: 06-06-2020

Being prp hair + 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 : 1004414 - AHMED 000 - 971502577152

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