



File No:

Date: 5, 15, 2020

Date: ... / ... /
Patient Name: **Ayam Saadi**
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / ... / Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية):
Address (العنوان):
E-MAIL: **Dr. P.Usman.Khalid@ajmc.com**

File Number:
اسم المريض:
Marital Status (الحالة الاجتماعية):
Phone No. (رقم الهاتف):
How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
Medical Condition الحالة الطبية	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 تعاليت من أي أمراض؟	لا	عملية جراحية لقلب الصمام
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا	19/12/20
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) أنيميا (فقر 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 HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الأبتز، فيروس الحلا السسيط...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: ٢٠١٥ / ١٠ / ٠٤

نموذج أقرار 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 الأمثل وخدمة أفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يتكثف 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 أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تعين نتائج العلاجات 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 والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالتهاب أو التورم أو اليريق أو الالام 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 ان كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فحسي الملف صحية و اتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر ان 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: ١٠ / ١٠ / ٢٠١٥

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

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

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

Consultation for Implant #30, Immediate Loading treatment plan:-

Implant placement with Immediate Loading using King Crown, the final crown will be constructed after gum healing & stopping.

20/6/2020 Plan: Teozal
Radiene: hands + Ultra Deep
PJS+JL

Doctor's Signature and Stamp



PPP Treatment Consent Form - الصفاة الدموية بالبلازما باستخدام الصفاة 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 un cured. 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, hypofibrinogenaemia, 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:

أحمد محمد العبد

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

وصف العلاج

يتضمن العلاج باستئصال البلازما القوية بالصفاة الدموية لخطبة من دم المريض تساوي تقريباً (١١ - ٢٢) مل.
ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما و الصفاة باستخدام سائل فاصل التفتية بشكل خاص.

ثم يعاد حقن البلازما القوية بالصفاة الدموية في منطقة العلاج لتخفيف الخلايا و إعادة

التصارة لها.

هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض.

إذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات لا تتردد بسؤال الطبيب المختص أو أي من موظفي المركز.

الأمراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الطفيف الي التورم في المنطقة المعالجة. وقد يستمر هذا التورم من (١٦-٢٤) ساعة. ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة التورمة إذا تطلب الأمر. من الممكن أن تشعر ببعض الحرق الخفيف بينما يتم تطبيق الخلايا نادراً ما يحصل العلاج التورم في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام الخدمات الصحية.

موانع العلاج

لا يجب أن تتلقى العلاج باستخدام البلازما القوية بالصفاة الدموية في الحالات التالية:
- الأمراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير المعالجة كسرطانات الخلايا العريضة و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا الصغرية و السرطان الجهازى و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الأمراض الجلدية التي تسبب الوجه (مثل الوراثية)، أمراض الدم و الحثل في الصفاة الدموية، علاج تنثر الدم (مثال: الوراثة).

متلازمة خلل الصفاة الدموية، نقص الحاد في عند الصفاة الدموية، نقص في فيبرينوجين الدم. عدم استقرار تدفق الدم، حالات التعفن الدموي، أمراض الكبد المزمنة، التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة.

تناول الأسبرين و مضادات الالتهاب كالتيفرين و الفلورايد و النيكوتينك و الباراسيتامول، أو مستحضرات التجميل. أو إذا كنت تتناول حالياً (أضال الأربعة عشر يوماً المصباح) مكملات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي إلى ترقق الدم في حالة وجود أحد موانع العلاج التي سبق تحريها فوجى كتابة ذلك هنا

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

اسم المريض / التوقيع

أحمد محمد العبد

التاريخ: ... / ... / ...

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.

وأفهم أنه 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 المحكّة و منافعه و مضاره قد شرحت لي بشكل كامل.

و أنه برغم من النتائج الجيدة المتوقعة فإنه لا يمكن توقع المساعفات و طبيعتها بدقة. و بالتالي، لا توجد أي ضمانات واضحة أو ضمانية 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 أوركييد الطبي بالقيام بحقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية

لإعادة النضارة، و أن هذا الإقرار و التفويض 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 قرأته لي) و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.

و إنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الإخطار و الاعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له.

و أن جميع أسئلتي قد أُجيب بشكل كامل و وافي و أن جميع الاجابات التي ضمنتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملؤها قبل توقيعني أدناه و أنه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

إن هذا الإقرار صالح بالكامل حتى أغيه كاملاً أو جزئياً و بخط اليد.

أقر أنني قد ملأت استمارة الاستئذنة الطبية و شرحت تاريخي الطبي بشكل كامل و بكامل أرائتي.

اسم المريض / التوقيع

..... / ... /

التاريخ: ... / ... /

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
10.5.2020	Impressions taken for temp crown	750		
17/5/20	 REF: 189 990 LOT: 6041233308 SIZE: 4 3/4 1.5 mm 335 2071 02 335.027 Rmk. 10			
20/5/20	Carbon Laser for frenal			
2/6/2020	Mesofume (1ML) 1/2 Hya + 1/2 Hya-Tic			
2.6.20	 مركز أوركيده الطبي ORCHID MEDICAL CENTER			
3/6/20				
dfb				
12/6/20				
13/6				

Date:

Name:Age:Sex:

RX

3x1050 Valium
 1x2200 Radium
 1x850 dygnart

14.6/20
20/6

62000
12200

د
 lib
 اخه
 ology
 -خيص ريف
 مركز اوركيده الطبي

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

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	Aiyam,Saddi,,Al Saoud	IDN:	784196624942932	Mother Name:	Laila Mohammad
Name (Ar)	أيام سعدى,دور السعود	Card Number:	071137203	Mother Name (Ar):	ليلى محمد
Title:		Nationality (Ar):	ARE الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	202016134
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	
Issue Date:	17/12/2014	Date of Birth:	28/01/1966	Sponsor Name:	
Expiry Date:	17/12/2024	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	02	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	10	Occupation Field:	00
ID Type:	ID				



Photo

Signature Image



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

5/5/2020



مركز أوركيديك الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009571)

Date:20-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004491 - ALIAM 00. - 971505588160

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: 20-06-2020

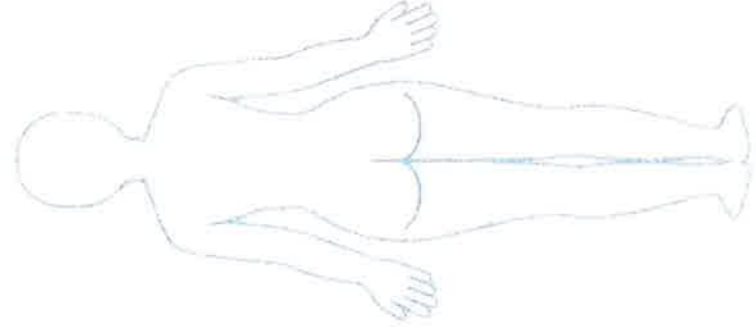
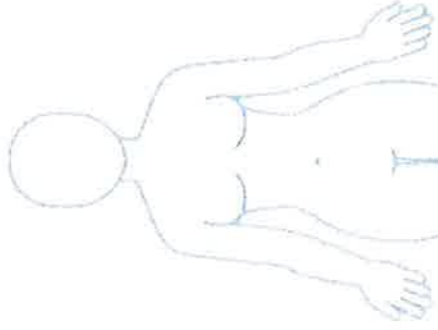
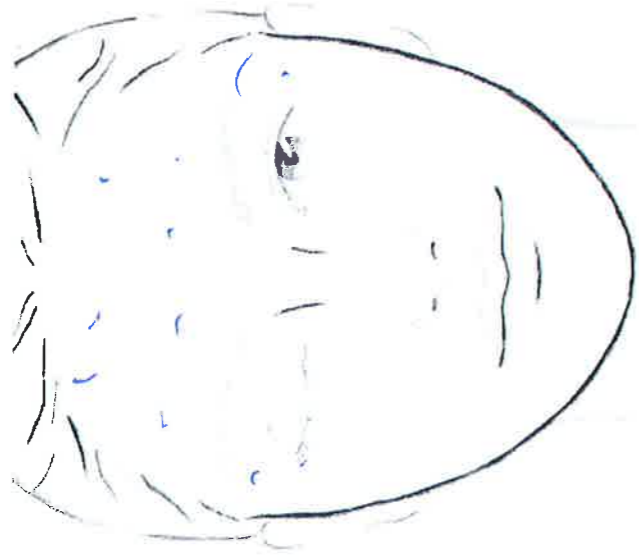
Being 1 session prp + vat

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 : 1004491 - ALIAM 00. - 971505588160

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



Filler Injection Log

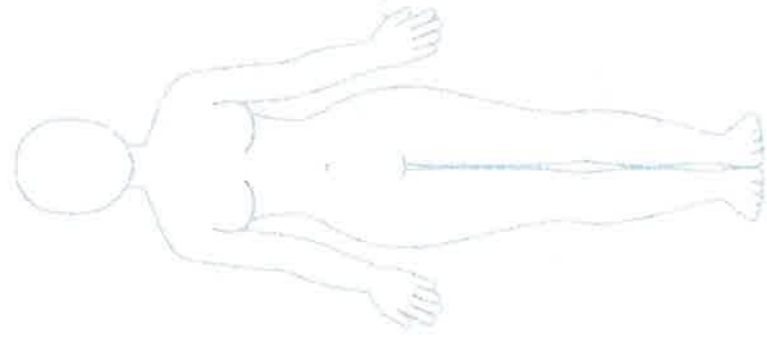
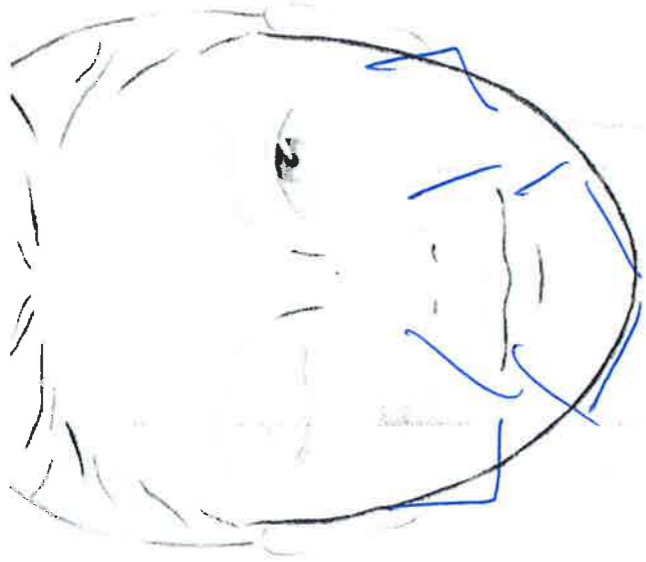
Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

Botox Injection Log

Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1			
Session 2			
Session 3			
Session 4			
Session 5			

Doctor's Name and Signature

.....



Filler Injection Log

Date	Filler Type	Area Treated	Right / M
Session 1			
Session 2			
Session 3			
Session 4			
Session 5			

Botox Injection Log

Date	Area Treated	Right / Units
Session 1		
Session 2		
Session 3		
Session 4		
Session 5		

Doctor's Name and Signature ²

.....



مركز أوركيدي الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 500.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-008696

Date: 05-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004491 - ALIAM 00. - 971505588160

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **500.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR 1 IMPLANT**

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



مركز أوريكيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,255.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-009076

Date: 31-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004491 - ALIAM 00. - 971505588160**

The sum of Dhs. **Three Thousand Two Hundred Fifty Five Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **3,255.00 (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 meso 1000 + 3 sessions prp face + 4 sessions carbon 600 + 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

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009077)

Date:31-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004491 - ALIAM 00. - 971505588160

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: 31-05-2020

Being **carbon laser + 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 : **1004491 - ALIAM 00. - 971505588160**

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 أيمن محمود بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج

هو أحد الإمتطيلات لإعادة التفتير الكريوني باستخدام لوشن الكريونو يبيع التفتير بالليزر • جهاز ليزر ال Q-Switch باستخدام

خطوط الوجه والشذوذ الصبغي (البقع العمراء والبقع غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم , علاج التجاعيد بضارة البشرة , وعلاج علامات التقدم بالسن بالنس 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 معظمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات , الحبوب , توسيع مسامات الجلد ,مراجعة كل 3-6 اشهر

يقوم الجهاز بالتفتير بدون استخدام لوشن الكريون, بينما التفتير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة التفتير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر •
لوشن الكريون مما يستهدف الأصبغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف وزيادة التصبغات بعد الإنتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف

.إزالة الوشم بالليزر .

.الأورام الصبغية .

.تفتير الشعر .

الاصافر(الوضع فطريات إزالة A.)

بببر إزالة الكلف (الوضع M.)

:مضادات الإمتعمال للعلاج يتضمن

تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكيوتان) خلال ال6 اشهر الماضية .

.الحمل والرضاعة .

.الأمراض الجلدية والإتهابات و الاورام الجانبية السرطانية في منطقة العلاج .

.مشاكل في الجهاز المناعي .

.الإصابة بالإينز والتهاب الكبد الوبائي .

(ضعف الشفاء)(كون الندوب الجلدية .

.البهاق .

درجة التحسن بعد اتقهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوحة ان تتحقق بعد الجلسة الاولى. ولا يتضمن الطبيب رضائي عن عدة جلسات

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

اتقهم ان كما هناك منافع لإجراء المطلوب, اتقهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الالتئام, ماعدا التفتير الناعم الذي



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 349.65

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009128)

Date:02-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004491 - ALIAM 00. - 971505588160**

The sum of Dhs. **Three Hundred Forty-Nine Dirhams and Sixty-Five Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **349.65**

Bank: Cheque No.

Date: **02-06-2020**

Being meso 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 : **1004491 - ALIAM 00. - 971505588160**

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