



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 840.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-009730)

Date: 27-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004496 - DOAA 000 - 97156268822

The sum of Dhs. Eight Hundred Forty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 640.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 200.00

Bank: Cheque No.

Date: 27-06-2020

Being full body + lip peel + 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 : 1004496 - DOAA 000 - 97156268822

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



مركز أوريد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 787.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009042)

Date:30-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004496 - DOAA 000 - 971562688822

The sum of Dhs. Seven Hundred Eighty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 587.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 200.00

Bank: Cheque No.

Date: 30-05-2020

Being 1 SESSION FULL BODY + 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 : 1004496 - DOAA 000 - 971562688822

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00 **RECEIPT VOUCHER** No: REC-009731
Date: 27-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004496 - DOAA 000 - 971562688822

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **200.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:  Cheque No. Date:

Being advance for full body **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



File No:

Date: / /

Date: ... / ... /

File Number: 1004496

Patient Name: Daa Khalid Sabri

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 19 / 9 / 1999 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): KSA

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Shaxj

Phone No. (رقم الهاتف): 0562688822

E-MAIL: d.aaa.khalid.23@yaho.com

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 انكر 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 المناعة؟	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 مميعات للدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية 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؟ HSV, HIV... etc فيروس الأبتز، 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.

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 أموراً مختلفة عن ما نذكر 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 تأمين لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للعمليات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي بعضها 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 فحسي للملف صحيحة و اتفهم ان اي 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

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



التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Pulse (النبض):	Kg ppm	Height (الطول): Blood Pressure (دم ضغط):	cm /	Blood Type (دم فصيلة): 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 ، أفعال المستشفى

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

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

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	Dooa,Khalid,Sabri,,Al Daffaire	IDN:	784199441508092	Mother Name:	
Name (Ar)	دعاء خالد صبري الدفائي	Card Number:	093961154	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRQ	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	العراق		
Issue Date:	04/04/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	30/03/2021	Date of Birth:	19/09/1994	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120192220470	Residency Expiry:	30/03/2021
ID Type:	IL	Occupation:	3415	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

5/6/2020



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-008705

Date: 06-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004496 - DOAA 000 - 971562688822

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **200.00** (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 SESSION FULL BODY + VAT BALANCE 430**

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



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة
precisely Kindly Answer the following questions

ما هو الوصف المناسب لنوع بشرتك؟	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق ، قليلة الاسمرار
	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق ، عديمة الاسمرار
	<input type="checkbox"/> قليلة الاحترق ، دائمة الاسمرار
	<input type="checkbox"/> نادرة الاحترق ، دائمة الاسمرار
هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا	
هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا	
هل تناولت عقار الكورتيزون/ الستيرويدات خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا	
هل استخدمت ريتين أو أي منتجات حفاض الجلوكوكوليك أو الهيدروكورتون في منطقة العلاج؟ نعم / لا	
هل قمت بنق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا	
عشى كابت آخر مرة توشفت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بطبقة تسمير؟	
هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا	
هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا	
هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا	
ماهي المنتجات التي تستخدمونها / تستخدمها أيفرتك حاليا؟	
هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا	
السيدات فقط: هل أنت حامل؟ نعم / لا	
هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا	

أقر أنا أقر أنا

مركز أوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.
وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إمداد الشعر. وأفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة للعلاج. وأنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق والتفك والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكي وإني اخترت إزالة الشعر بالليزر.
أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسبح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الريشم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات والحساسيات ونوع البشرة.
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الكورتيزون خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
- أفهم أنه برغم التغيير الذي قد يحدثه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الإعراض الجانبية
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق، ومن الممكن حدوث بعض التورم والتشققات. وهذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضعة ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تقوم في حال حدوثها. ويتصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
أقر أنه قد أتيت لي الفحص للاستشارة وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءتي لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمي في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الإسم والتوقيع
.....
.....
التاريخ
..... / /

I hereby consent that
I came to Orchid Medical Center/ Sharjah to remove unwanted hair by laser.
I understand that laser produces a beam of light that generates an energy of a certain wavelength which is absorbed in the pigments of hair follicles to impair its' ability to grow hair.
I understand that the results of the treatment varies from one person to another by the variation of medical history and the skin type, hair type, patients commitment to precautions before and after sessions and I know all variation of individual responses to treatment. and I consent that I know all the alternative hair removal methods and I choose removing my unwanted hair by laser.
I consent that I got the following precautions:
- It's not allowed to get tanned or use tanning solutions for 4-6 weeks before and after treatment.
- Waxing and Plucking must be avoided at least 6 weeks prior to sessions.
- Tattoos and permanent make up on treatment site will be affected by laser.
- Full Medical History must be given including previous treatments, allergies and skin type.
- people who took akutan during the last 6 months or any drugs that inhibits patients from sun exposure can not remove their hair by laser.
I understand that I might see some change from first session, nevertheless the treatment will take many sessions to get the result.
Side Effect
side effects may include burning like redness, and it's possible to see some swelling or cracks, these side effects will fade away few hours to few days after treatment. hypo/hyperpigmentation is not common and it rarely last, it's advisable to avoid sun exposure, and to use sun protections.
I consent that I had the chance to enquire and ask any questions I have to the therapist and I have read and understood the content of this form (or it was read to me) and I am more than 18 years old or I have the approval of my sponsor.

Name and Signature
.....

Date
... / ... /



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-009049

Date: 30-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004496 - DOAA 000 - 971562688822

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **200.00** (Bank Charges: 0.00) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **advance for full body 600 + vat balance 430**

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 630.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-010372)

Date:25-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004496 - DOAA 000 - 971562688822

The sum of Dhs. Six Hundred Thirty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 430.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 200.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-07-2020

Being 1 SESION FULL BODY + 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 : 1004496 - DOAA 000 - 971562688822

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-010371

Date: 25-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004496 - DOAA 000 - 971562688822

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **200.00** (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 SESSION FULL BODY + VAT BALANCE 430**

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@omcl.ae
www.omcl.ae