



File No:

Date: 7/5/2020

Date: ... / ... / File Number: 1004503

Patient Name: Majidi Abdal Karima اسم المريض: محمد عبد الكريم ماجدي

Date Of Birth (التاريخ الميلاد): ... / ... / Gender (الجنس): M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): Occupation (الوظيفة): Salesman

Address (العنوان): Phone No. (رقم الهاتف): 0555355578

E-MAIL: How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History	
Medical Condition الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	✓
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للدفاع؟	✓
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 مميحات للدم؟	✓
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	✓
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	✓
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟	✓
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين 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 السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	✓
Other conditions: HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط 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.

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

- أوافق وأسبح 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 تشريحي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف 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 و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج 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 للفحوصات 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 الألم 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 لي قد تخفي للملف الصحية و أتفهم ان 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

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

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (فصيلة 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 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

cAEAlOEBAAs3ODQxO*

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	Majidi, Abd Ell Kareem, Makkawi, Abu Hijleh	IDN:	784197830518631	Mother Name:	
Name (Ar)	مجدى عبدالكريم مكارم ابو حجلة	Card Number:	098607766	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	03/02/2020	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	02/02/2022	Date of Birth:	13/10/1978	Sponsor Name:	رپورٹناج العقارات ذ م م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	10120202026834	Residency Expiry:	02/02/2022
ID Type:	IL	Occupation:	96	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

5/7/2020

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا محمد أبو حجلة بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج

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

خطوط الوجه والشذوذ الصبغي (البقع الحمراء والبيضاء غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم في علاج التجاعيد، بضارة 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 أسابيع وجلسات، الحبوب، توسع 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 بـ 6-12 جلسة بينهم 3-6 أشهر خصوصا في حالة الكلف

. إزالة الوشم بالليزر .

. الأورام الصغية .

. تقشير الشعر .

الإضافر (الوضع فطريات إزالة A).

بيز إزالة الكلف (الوضع M).

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن

تتاول عقار الأيسوترتينوين (الأكوتان) خلال الـ 6 أشهر الماضية .

. الحمل والرضاعة .

. الأمراض الجلدية والالتهابات و الاورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج .

. مشاكل في الجهاز المناعي .

. الإصابة بالإنديز و التهاب الكبد الوبائي .

. (ضعف الشفاء) تكون الندوب الجلدية .

. التهاب .

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

أقدم الشرح لي عن الحاجة الى إنهاء خطة العلاج، و أنا اتقهم أن النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي لليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي الوارده العلاج. وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات بالكامل

أتقهم ان كما هناك منافع لإجراء المطلوب، اتقهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الانتقام، ماعدا التقشير الناعم الذي



مركز أوركيڤد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008726)

Date:07-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004503 - MAJDI abdelkarim - 971555355578

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: 07-05-2020

Being 1 session carbon + 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 : 1004503 - MAJDI abdelkarim - 971555355578

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

www.omc1.ae



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,155.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-008725

Date: 07-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004503 - MAJDI abdelkarim - 971555355578

The sum of Dhs. **One Thousand One Hundred Fifty Five Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,155.00** (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 yellow peel + 4 sessions carbon + vat balance 0**

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 3,123.75

RECEIPT VOUCHER

No: REC-008724

Date: 07-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004503 - MAJDI abdelkarim - 971555355578

The sum of Dhs. **Three Thousand One Hundred Twenty Three and Seven Five Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **3,123.75 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: _____ Cheque No. _____ Date: _____

Being **advance for 17 veneers 3 d + vat balance 3123.75**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 5558337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae

07/05/2020
Rana



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,155.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-008725

Date: 07-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004503 - MAJDI abdelkarim - 971555355578

The sum of Dhs. One Thousand One Hundred Fifty Five Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,155.00 (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 yellow peel + 4 sessions carbon + vat balance 0

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

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

جهاز Q-Switch أقّر أنا _____ بتقويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

ليزر الـ ■ التقشير الكريونى باستخدام لوشن الكريونى يتبعه التقشير بالليزر هو أحد الإستراتيجيات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشوذ الصبغى (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إحصار الجلد، إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تتبع الحبوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معظمهم فترة زمنية من 2-4 أسابيع وجسأت مراجعة كل 3-6 أشهر.

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم بالجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكريون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكريون مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 أشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الإصافر(الوضع A)

. بئر إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

. تناول 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 و التهاب الكبد الوبقى.

. ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

. البهاق.

أفهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجحة أن تتحقق بعد الجلسة الأولى. ولا يتضمن الطبيب رساى عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

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

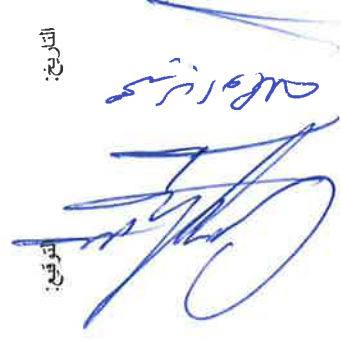
أفهم ان كما هناك منافع للاجراء المطلوب. افهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/الانتقام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

افهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت، تغيرات مشابهة لتغيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الى عدة ايام فقط. تغيرات صبغية (بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الى ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكة، ألم،كدمات،تهاب،ندوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج. و على ايضا ابقاء عياني مغلقا اثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات التخدير.

لقد تم شرح العلاج بكامل فوائده ومضاعفاته المحتملة، وقد تمت الاجابة على جميع اسئلتى وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

لتوقيع:

التاريخ: 

اسم المريض/ولي امر المريض:

ورقة الموافقة على التقشير الكيميائي

التاريخ: _____

أنا أخول _____ لتطبيق _____ على _____ لنضارة بشرتي وعلاجها من

التصبغات وآثار الحبوب والتجاعيد.

أتفهم جيدا بأن هذا الإجراء 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 كإحمرار مؤقت، حرق بسيط وقد يستمر لمدة 3 إلى 4 ساعات أو لعدة أيام.

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

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

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

إرشادات قبل وبعد العلاج وإجراءات العلاج تم شرحها لي بالكامل من الفوائد 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 المبلغ المدفوعه 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

صكري الوهيلي

اسم الدكتور / المعالج



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009582)

Date:21-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004503 - MAJDI abdelkarim - 971555355578

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: 21-06-2020

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 : 1004503 - MAJDI abdelkarim - 971555355578

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

www.omc1.ae