



File No:

Date: / /

Date: ... / ... /

File Number: 1004524

Patient Name:

اسم المريض: السيد علي بن علي

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 22/10/1978

Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Iran

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Address (العنوان):

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 الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	✓	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	✓	
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 مميعات للدم؟	✓	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا	✓	
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 في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	✓	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	نعم	البدانة في الرحم
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 هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ 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.

I am fully aware that any payments is NON refundable

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

Date: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

أوافق وأسمح للطبيب بمعالجة حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و
المؤهل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل مزيدي
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 الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات
كالالتهاب أو العرق أو التزيف أو الألم أو الحساسية

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

أقر ان كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي قمحي للملف صحية و
أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون
موافقتي

أقر ان لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحها 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: ... / ... /

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دم):	/	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 , افعال للمستشفى

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة والسريية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا ليلى علي بلال سي بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج

هو احد الإستطهبات لإعادة التفتير الكريونى باستخدام لوشن الكريونو يتبعه التفتير بالليزر ● **جهاز ليزر ال Q-Switch** باستخدام

خطوط الوجه والشقوق الصبغي (البقع الحمراء والبقية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم , علاج التجاعيد ,ضمارة 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 , توسع 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 الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف وزيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف

.إزالة الوشم بالليزر .

.الأورام الصينية.

.تفتير الشعر .

الإصافر(الوضع فطريات إزالة A).

بيير إزالة الكلف (الوضع M).

:مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن

تتاول عقار الأيسوترتينوين (الأيكوتان) خلال ال6 اشهر الماضية .

.الحمل والرضاعة .

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

.مشاكل في الجهاز المناعي .

.الإصابة بالإيدز و التهاب الكبد الوبائي .

(ضعف الشفاء)تكون الندوب الجلدية .

.التهاق .

درجة التحسن بعد أقتهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوحة ان تتحقق بعد الجلسة الأولى. ولا يتضمن الطبيب رضاي عن عدة جلسات

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

أقتهم ان كما هناك منافع للاجراء المطلوب, أقتهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/الانتقام, ماعدا التفتير الناعم الذي



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 500.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-008778

Date: 11-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004524 - layla 000 - 971504378181**

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 6 sessions carbon + 6 session derma + vat balance 2545**

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 أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009589)

Date:21-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004524 - layla 000 - 971504378181

The sum of Dhs. Two Hundred Sixty-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 262.50

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 : 1004524 - layla 000 - 971504378181

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