



File No: .....

Date: / /

Date: ... / ... / ..... File Number: 1004755  
Patient Name: محمد سعيد  
Date Of Birth ١٤٠٦/٠٦/٢٠١٧ Gender : M / F Marital Status:(الجماعية):  
Nationality (الوطنية): مصرى Occupation :  
Address (العنوان): القاهرة  
E-MAIL: .....

Phone No. (رقم الهاتف):  
How did you know about us: .....

التاريخ الطبي Medical History		
التهمة 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 تلقي أي علاجات حديثة؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	نعم	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	نعم	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكميما (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، 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 تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		
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 من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	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: ... / ... / .....

### نموذج اقرار 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 تزويدي 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 تعهيد لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التشخيصية 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 الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم 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 أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي قد بقي الملف صحيحة و أتفهم أن 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

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 (نوعية 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، إدخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاقي 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

.....





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

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عدم الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو قرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydrocuenon on Site? Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتفك أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? .....	هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحسنة تسمير؟ .....
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك أي وشم أو تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقاً بأي مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently? .....	ماهي المنتجات التي تستخدمينها / تستخدمها لبيروتك حالياً؟ .....
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط: هل أنت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

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, patient's commitment to precautions before and after sessions and the 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 ..... / ..... / .....

أقر أنا ..... مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المستقر. وأنظف أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين تفتح امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. وأنظف أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والزام المرضى بتعليمات الصالون قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وأنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك والتفك والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكلي وأنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.  
أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:  
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.  
- يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفك قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.  
- التشمير 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 الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.  
أنظف أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.  
الأعراض الجانبية  
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحرق. ومن الممكن حدوث بعض التورم والتشققات. وهذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص الشمس وزيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تدم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.  
أقر أنه قد أتيتك لي القصة لاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى العلاج المختص وأنني قد قرأت وفهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قرأته لي. وأنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

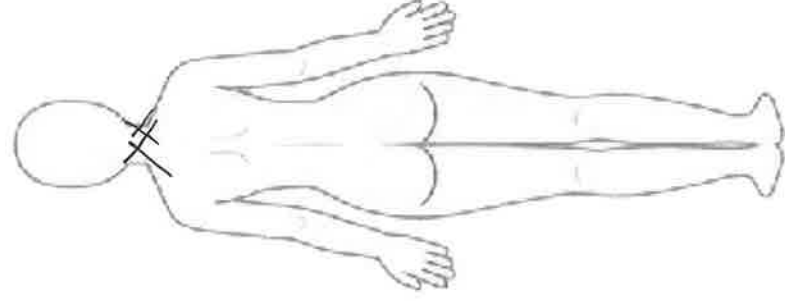
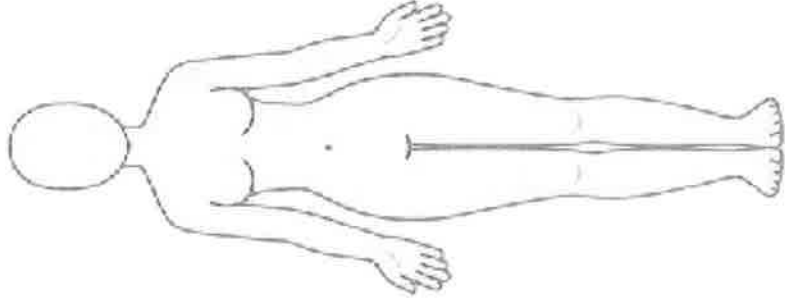
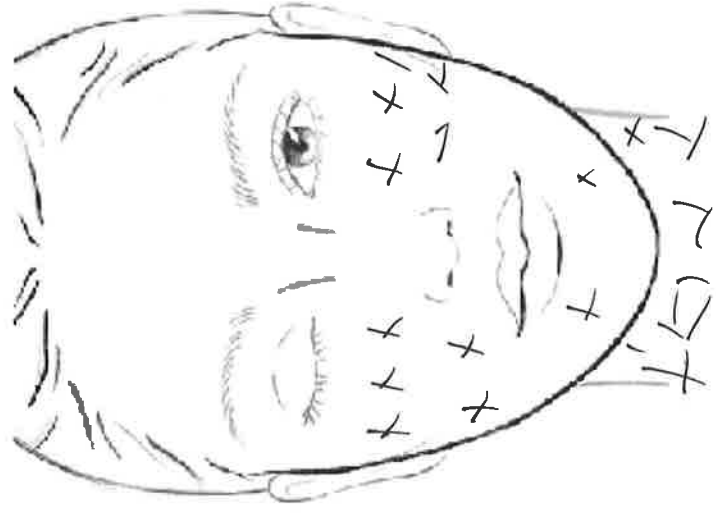
الإسم و التوقيع

التاريخ

MUNTHEZ

اسم المريض: .....  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No  
 رقم الملف: .....  
 Pretreatment photography taken? Yes / No

1004755



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	11/6/20					
Treatment Area	Forehead, Neck, Nape					
Hair Type	M/D					
Mode	13/19ms					
Fluence	ND YAG 40					
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	1/Pass					
Starting Time						
Finish Time						
Post Treatment	Hindered					

Handwritten signature

Therapist Name and Signature .....

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQXO

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	Moataz,Reda,Mansour,Mansour,Elhabab	IDN:	784199493587960	Mother Name:	
Name (Ar)	معتز رضا منصور منصور الهباب	Card Number:	090346639	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	05/08/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	12/06/2020	Date of Birth:	12/03/1994	Sponsor Name:	نور العوده للاعمال الفنيه ش ذ م م
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120162146111	Residency Expiry:	12/06/2020
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

6/11/2020





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009352)

Date:11-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004755 - mutaz 000 - 971507353974

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 210.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 11-06-2020

Being 1 session beard + nek + 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 : 1004755 - mutaz 000 - 971507353974

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