



File No: .....

Date: 1 / 7 / 2020

Date: ... / ... / .....  
Patient Name: Satiya Kammaz File Number: 1004978 اسم المريض: .....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / ... / ..... Gender (الجنس): M / F (الحالة الاجتماعية): .....  
Nationality (الجنسية): Moldova Occupation (الوظيفة): .....  
Address (العنوان): ..... Phone No. (رقم الهاتف): 05983287 .....

E-MAIL: ..... How did you know about us: .....

التاريخ الطبي Medical History		
Medical Condition الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	<u>Y</u>	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبّطات للمناعة؟	<u>Y</u>	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	<u>Y</u>	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	<u>Y</u>	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	<u>Y</u>	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	<u>Y</u>	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا (نقر الدم)	<u>Y</u>	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، أمراض أخرى	<u>Y</u>	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟	<u>Y</u>	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مالح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	<u>Y</u>	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	<u>Y</u>	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	<u>Y</u>	
Epilepsy or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	<u>Y</u>	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	<u>Y</u>	
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...etc	<u>Y</u>	

### 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 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 يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما تكلم لي 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 لتتبع 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 مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك أن بعض الإجراءات 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 قدمت لي فحسي للملف صحيحة و اتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر ان 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

Vital Signs المؤشرات الحيوية			
Weight (الوزن): Kg	Height (الطول): cm	Blood Type (دم فصيلة):	
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (دم ضغط): /	Blood Sugar (دم سكر):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History التاريخ المرضي:		
Allergies الحساسية		
Medications الأدوية		
Pregnancy الحمل		
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة . أفعال للمستشفى		
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

Blank lined area for writing the treatment plan.

Doctor's Signature and Stamp

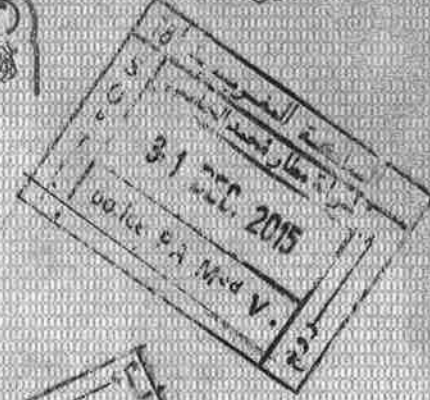
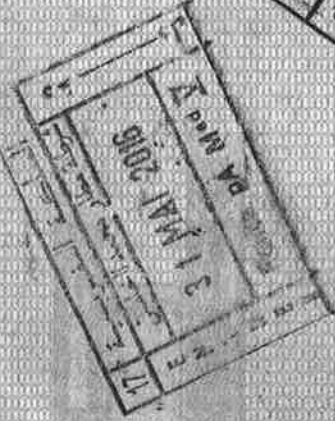
.....







MAROC



التأشيرة visa

ROYAUME DU MAROC • KINGDOM OF MOROCCO • المملكة المغربية

PASSEPORT • PASSPORT • جواز سفر



المملكة المغربية • KINGDOM OF MOROCCO

ROYAUME DU MAROC

المملكة المغربية • KINGDOM OF MOROCCO

ROYAUME DU MAROC

المملكة المغربية • KINGDOM OF MOROCCO

ROYAUME DU MAROC

LAMAIZ

فاطمة الزهراء

FATIMA EZZAHRA

Marocaine

13/01/1994

17 388 893460 LAY SULTANE DJ SFA SAFI / MAR



HH113762

11/11/2015

11/11/2020

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

PROVINCE DE SAFI

## ورقة موافقة على العلاج بالفيلر

التاريخ: \_\_\_\_\_

انا السيد/السيدة \_\_\_\_\_ أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الفيلر وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه.

لقد تم إيلاغي باحتمال ظهور بعض الأعراض الجانبية المصاحبة لحقن مادة الفيلر، والتي من المحتمل ظهورها بعد الجلسة مباشرة أو مؤخرا والتي قد تحتوي على:

التهابات (احمرار، ودمة، إلخ) وأيضا قد تصاحب شعور بالحك، ألم عند الضغط وذلك يكون بعد الحقن مباشرة. هذه الأعراض قد تستمر لمدة أسبوع.

ورم دموي - تيبس في المنطقة المحقونة - حدوث انتفاخ أو تورم أو التهاب أو حساسية - حدوث تأثير بسيط أو عدم حدوثه

بشكل عام تكون هذه العلامات بدرجة معتدلة الى خفيفة وسوف تختفي من تلقاء نفسها بعد عدة أيام من جلسة الحقن.

الآثار النادرة الأخرى تتضمن:

لا يمكن التنبؤ بمدى استمرارية الفيلر في الجسم سواء أقصر أو أطول من المدة المتوقعة عدم تناظر الوجه - تغير طويل الأمد في لون الجلد - خمج فيروسي أو خمج جرثومي

ندبة-تقرح - ورم حبيبيومي - صدمة تحسسية - العمى

لقد تم إيلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 6 إلى 9 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح.

إنني أتقهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا أتقهم ان المبالغ المدفوعة 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: خالد محمد الوالد

التوقيع: \_\_\_\_\_



اسم المعالج: د. هادي



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,205.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009798)

Date:01-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004978 - fatima lamaiz - 971589832257

The sum of Dhs. **Two Thousand Two Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **2,205.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **01-07-2020**

Being **lips filler + cheeks + 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 : **1004978 - fatima lamaiz - 971589832257**

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