



File No: .....

Date: 27/2020

Date: ... / ... / .....  
Patient Name: Ahmed h. h. h. i.  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 5/5/1994 Gender: (M) / F  
Nationality (الجنسية): Egyptian  
Address (العنوان): A. l. m. m. a. z. e. v.  
E-MAIL: a.h.m.g.d.19...@il.m.l.l.a.k.s.e.t.mail.com

File Number: 1004990

اسم المريض: .....  
الحالة الاجتماعية: Single.  
Phone No. (رقم الهاتف): 050 203 2267  
How did you know about us: F.re.i.n.g

التاريخ الطبي Medical History	
Medical Condition	المصطلح الطبي
Recent or current drugs/Medical Treatment	هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟
Corticosteroids/Immunosuppressant	هل تتعاطى أي مخدرات أو منبهات للمناعة؟
Allergies	هل لديك أي حساسية؟
Surgical Operations, Serious Illness	هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب عضلة القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مبيعات للدم؟
Anemia, Leukemia	أنيميا (نقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	هل تعاليت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعالين 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 تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟
Thyroid Diseases, Diabetes	هل تعاليت من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟
Other conditions	هل تعاليت من أي أمراض أخرى؟
HSV, HIV...etc	فيروس الأبتزر، 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 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 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 تعمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية 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 الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الام 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 لدي قمتي الملف صحية، 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

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

الوزن (الغز): Weight	Kg	الطول (الغز): Height	cm	نوعية الدم (الغز): Blood Type
النبض (الغز): Pulse	ppm	الضغط (الدم): Blood Pressure	/	سكر الدم (الغز): Blood Sugar

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History	
الحساسية: Allergies	
الأدوية: Medications	
الحمل: Pregnancy	
عمليات سابقة، دخول المستشفى: Previous Surgeries, Hospitalization	
التدخين (الغز): Y / N Smoking	التدخين (الغز): Y / N Alcohol
	أدوية (الغز): Y / N Drugs

الملاحظات العامة والسريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis





REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm Data

**Public Data Verification report**

**File**

Non-Modifiable Data (SF3)

Modifiable Data (SF5)

Holder Signature Image (SF7)

Photography

Home Address

Work Address

**Valid Signature?**

False

False

False

False

False

False

**Card Holder Information**

<b>Name</b>	AHMED,HANY,HELMY, SAYED	<b>IDN:</b>	784199414939258	<b>Mother Name:</b>	NA
<b>Name (Ar)</b>	احمد هاني واطفي سيد	<b>Card Number:</b>	100097050	<b>Mother Name (Ar):</b>	غير محدد
<b>Title:</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	EGY مصر	<b>Family ID:</b>	
<b>Issue Date:</b>	30/04/2020	<b>Sex:</b>	M	<b>Sponsor Type:</b>	07
<b>Expiry Date:</b>	29/04/2021	<b>Date of Birth:</b>	05/05/1994	<b>Sponsor Name:</b>	اداره الشؤون المدنية
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	3994
<b>Residency Type:</b>	07	<b>Residency Number:</b>	1012020735215	<b>Residency Expiry:</b>	29/04/2021
<b>ID Type:</b>	IL	<b>Occupation:</b>	01	<b>Occupation Field:</b>	00



Photo

Signature Image

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

7/2/2020



## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

جهاز Q-Switch Laser أقر أنا \_\_\_\_\_ بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

ليزر الـ ■ التقشير الكروني باستخدام لوشن الكرونيو تيمه التقشير بالليزر هو أحد الإستطبات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بلسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشذوذ الصبغي (البقع الحمراء والبيضاء غير المرغوب بها) والمربطة بالقدم بلسن وحالات أخرى، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، احمرار 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 معضمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 اشهر.

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكربون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكربون مما يستهدف الأصبغ 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 الصبغية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الإصافر (الوضع A)

. بئر إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج ينصح:

. تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكروتان) خلال ال6 اشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

. الأمراض الجلدية والإتهابات والاورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء (تكون الندوب الجلدية)

. التهاب.

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

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الى انهاء خطة العلاج، وانا اقوم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي للليزر وتطبيقي لتعليمات 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.

أقوم ان كما هناك منعق للاجراء المطلوب، اقوم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/الانقمام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الي فترة شفاء.

أقوم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتضمن التالي : احمرار مؤقت، آثارات مشابهة لتآقرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الي عدة ايام فقط. تغيرات صبغية ( بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الى ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المختلفة قد تتضمن حكة، الم، كدمات، التهاب، ندوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية أثناء العلاج. وعلني ايضا ابقاء عيائني معتقان أثناء 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 اسئلتني وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التاريخ:

اسم المريض/ولي امر المريض:

التوقيع:

Ahmed Helmi



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,000.00

No: REC-010558

RECEIPT VOUCHER

Date: 30-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004990 - ahmed hany - 971502032267

The sum of Dhs. **One Thousand Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,000.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR 4 SESSIONS CARBON + 2 SESSIONS FACIAL + VAT EID OFFER BALANCE 495**

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 400.00

**RECEIPT VOUCHER**

No: REC-009826

Date: 02-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004990 - ahmed hany - 971502032267**The sum of Dhs. **Four Hundred Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **400.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Reig advance for 4 sessions carbon + 1 session facial + vat balance **650**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**



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-010559)

Date:30-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004990 - ahmed hany - 971502032267

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: 30-07-2020

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 : **1004990 - ahmed hany - 971502032267**

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

**www.omc1.ae**



مركز أوركيڤد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-010164)

Date:16-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004990 - ahmed hany - 971502032267

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 16-07-2020

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 : **1004990 - ahmed hany - 971502032267**

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

**www.omc1.ae**



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-010162

**RECEIPT VOUCHER**

AED 100.00

Date: 16-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004990 - ahmed hany - 971502032267

The sum of Dhs. **One Hundred Only**By Cash **100.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

**Being advance for carbon and facial balance 550**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**