

	\ A a		20
File No:	100	5	27

Date: / /

Date 32 /7.1.2.22 Sumaria Abdulfor	File Number:
Patient Name: Sumo Io. Abclul for	إسم المريضلسي المسيحة الرياس
Date Of Birth (تاريخ الميلاد) : أ. / ﴿ / ﴿ ﴿ ﴿ الْجِنْسِ Gender (الجِنْسِ) : M	Marital Status:(الحالة الاجتماعية)
Mationality (الجنسية): Occupation (الجنسية): الجنسية) Address (العنوان): ماري: (العنوان)	anager
Address (العنوان) :جماري: (العنوان)	Phone No. (رقم الهاتف): المجرف الهاتف). المجرف الهاتف)
E-MAIL: Somaia.a. Zaim. ogmail.com	How did you know about us:

الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details اذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى اي ادوية او تتلقى اي علاجات حديثا؟	X	
Cortisteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات او مثبطات للمناعة؟	V	
هل لديك أي حساسية؟ Allergies	J.	
Surgical Operations, Serious Illness هل اجریت أي عمليات جراحية او تعاني من اي امراض؟	Ĭ.	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	山	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف او تتعاطى أي مميعات للدم؟	N	
انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) Anemia, Leukemia	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، ازمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	W.	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من اي امراض في الكلى او امراض بولية او تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	2)	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى	N N	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرح او اي امراض في الجهاز العصبي؟	J)	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري او امراض الغدة الدرقية؟	للا	
هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ Other conditions فيروس الأبدز، فيروس الحلا البسيط HSV, HIVetc	()	



# Health ... Smile ... Beauty

#### **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 طبى

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل،

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الافضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الاجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكمً خبرته المهنية و العلمية.

اقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات و الاجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات النتاجة عن عدم استكمال علاج حالتي الصفدة

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والاجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الاجراءات التشفيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى .مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالرام أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الآدنى 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 قدمته لدى فتحي للملف صحيحة. و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و أني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و أني وقعت عليه بكامل أرادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

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

30.17.1200

## استمارة تقييم المريض Patient Assesment Form •

المؤشرات الحيوية Vital Signs

(الوذن) Weight	Kg	Height (المنول): cm	Blood Type (قصيلة الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم): /	Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضىي: Disease History	
الحساسية Allergies	
Medications الأدوية	
Pregnancy الحمل	
Previous Surgeries, Hospitalization عملیات سابقة ، ادخال المستشفی	
Smoking (التدخين) : Y / N	Alcohol (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis



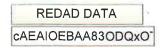
## **PATIENT NAME:**

## FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
20/	7/20 Carbon Laser	<u> </u>		
3.77	7/20 0,000			

File No:	Date:	/	1
THE NO.	Date	,	•
خطة العلاج   Treatment Plan			

Doctor's Signature and Stamp



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	SOMAIA,ABDULFATTAH,,,ALZAIM	IDN:	784198658408483	Mother Name:	GHALIA
Name (Ar)	سميه, عبدالفتاح, , , الزعيم	Card Number:	100256294	Mother Name (Ar):	غاليه
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	08/06/2020	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	07/06/2022	Date of Birth:	01/08/1986	Sponsor Name:	مجد عمر حمصيه
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	04703485
Residency Type:	03	Residency Number:	3012008323580	Residency Expiry:	07/06/2022
ID Type:	IL	Occupation:	01	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image





## Q-Switch Laser إقرار للعلاج باستخدام جهاز

بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لاجراء العلاج باستخدام	جهاز Q-Switchأقر أنا لسمي الزعم

ليزر ال 🔹 🛚 التقشير الكربوني باستخدام لوشن الكربونو يتبعه التقشير بالليزر هو احد الإستطبابات لإعادة نضارة البشرة, وعلاج علامات التقدم بالسن, علاج التجاعيد ,خطوط الوجه والشذوذ

الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم بالس 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 او تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح 3-5 جلسات معضمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مراجة كل 3-6 الشعود المتعود الشعود المتعود الشعود المتعود الشعود الشعود المتعود الشعود التعويد المتعود الشعود المتعود المتعود التعويد التعويد المتعود الشعود التعويد الشعود التعويد التعويد الشعود التعويد التعويد المتعود التعويد التعويد

- التقشير الناعم وإزالة التصبغات باليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكربون, بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكربون مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإلتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.
  - . إزالة الوشم بالليزر.
    - . الأورام الصبغية.
      - . تشقير الشعر.
  - . إزالة فطريات الاضافر (الوضع A)
    - . بير إزالة الكلف (الوضع M)
  - مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:
  - . تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكيوتان) خلال ال6 أشهر الماضية.
    - . الحمل والرضاعة.
  - . الأمراض الجلدية والإلتهابات و الاورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.
    - . مشاكل في الجهاز المناعي.
    - . الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوباتي.
    - . ضعف الشفاء (تكون الندوب الجلدرية)
      - . البهاق.

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

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الى انهاء خظة العلاج, و انا اتفهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي لليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد العلاج,وقد النزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي بالكامل.

أتفهمم ان كما هناك منافع للاجراء المطلوب, انفهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الالتنام, ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

اتفهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمر ار مؤقت, تاثيرات مشابهة لتاثيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الى عدة ايام فقط, تغيرات صبغية ( بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمر ار مزمن قد يمتد من شهر الى ثلاثة اشهر . بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكة, الم كدمات التهاب ندوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا المعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج . وعلي ايضا ابقاء عيناي مغلقتان اثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب بردة فعل ومضاعفات التخدير.

لقد تم شرح المعلاج بكامل فوائدة ومضاعفاته المحتملة, وقد تمت الاجابة على جميع اسئلتي وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

الرعم الرعم

المتوقيع:

30/7/2020



No: REC-010550

AED 250.00

#### RECEIPT VOUCHER

Date: 30-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1005329 - SUMAIA ABDULFATTAH - 971564471119

The sum of Dhs. Two Hundred Fifty Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 250.00 (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\*150 + VAT BALANCE 380 EID OFFER

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



## مركــز أوركــيــد الــطــبــي ORCHID MEDICAL CENTER

**AED 157.50** 

### **RECEIPT VOUCHER (No.REC-010551)**

Date:30-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1005329 - SUMAIA ABDULFATTAH - 971564471119

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 : 1005329 - SUMAIA ABDULFATTAH - 971564471119

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



## **Piercing Consent Form**

Clinic Name,		
Clinic Address;		
	Ctiv	Country,
Customers Name: MAGYON File N	10:53	
Date of Birth: / /		If under 24 months old, had their vaccination shots:
Customer Address:		
C03C011IC1 A001 C33.		
	(F)	
Mobile;	E-mail:	
Sterilization Lot Number	Product Code:	
I hereby authorized to have my / my child / my grandchildto be pier limiting or reducing post piercing problems during aftercare. By my signature below.	w, I declare the followi	ring;
<ul> <li>I / He/ She do not suffer from Diabetes, Epilepsy, Hepatitis, HIV prescribe medication such as blood thinning medication.</li> </ul>	v/AIDS, Hemophilia, D	Dizziness or any heart condition, further not under the influence or regular
<ul> <li>I am not under the influence of drugs or alcohol. I am not pre</li> </ul>		
I have been informed about the piercing procedure and giver understand that after piercing care procedure varies dependent have noted the differences:	n a copy of piercing af ling on whether the pi	fter care Instructions, which I have read and understand. I iercing is of the ear lobe / ear cartilage / nose or belly / naval.
<ul> <li>I understand that the possibility or infection may exist due to due to a failure to carefully follow to recommend After Care</li> </ul>		netal sensitivity or other causes, however the most common is
of piercing the area of the ear and I knowingly accept this risk	k	possible risk of redness, swelling and infection due to the natu
<ul> <li>I understand that due to the nature of the piercing, exposure of athletic events (exercising) may increase the likelihood of infect</li> </ul>		certain environments such as swimming and participation in
<ul> <li>I will follow Piercing after Care Procedure.</li> </ul>		
In case of belly/naval piercing, I am aware that my skin/ bod		ign metal causing for piercing to close. Consent, that I am the parent or legal guardian of such minor
understand that a minor signing as commits an act of fraud.		consent, that i am the parent of legal guardian of such minor
that may be associated with this piercing procedure. If signing as parent or leg	lical professional of th it permissible by law l gal guardian on behalf	nis clinic and as consideration for the clinic agreeing to piercen I willfully assume all responsibility for injury or loss, of any kir f of a minor, I will hold myself liable and will indemnify the clii
and its staff/s, manufacture, importers, distributor, promoters and will further.  Customer/ Parent/ Legal goardian Signature (if customer is under the legal age		Date: 8-9-7070
Castomen Latenth regai Rossalan pikuatora in costomen is anner the legal age	., 1.73 HOJENE NEWS	
Medical Professional		Date:

Clinic file copy, keep safe for customer records, attached products sterilization reference here,



## مركــز أوركــيــد الــطــبــي ORCHID MEDICAL CENTER

**AED 472.50** 

#### **RECEIPT VOUCHER (No.REC-011462)**

Date:08-09-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1005329 - SUMAIA ABDULFATTAH - 971564471119

The sum of Dhs. Four Hundred Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 422.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 50.00

Bank:

Cheque No.

Date: 08-09-2020

Being 3 EAR PIERCING + 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 : 1005329 - SUMAIA ABDULFATTAH - 971564471119

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