



File No:

Date: 5/8/2020

Date: 5/8/2020

File Number: 1005350

Patient Name: Rana Ghalyani اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 05/09/82 Gender (الجنس): M / (F) Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): Lebanese Occupation (الوظيفة): Sales

Address (العنوان): The Greens, Dubai Phone No. (رقم الهاتف): 0508755809

E-MAIL: rana.ghalyani@hotmail.com How did you know about us: Instagram

| Medical Condition الحالة الطبية | Yes/No نعم / لا | If 'YES' give details اذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل |
|--|-----------------|--|
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟ | NO | |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟ | NO | |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟ | yes | Asperin |
| Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟ | Yes | Cancer, in 2009 |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | NO | |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟ | NO | |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا هل لديك فقر الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟ | NO | |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى | NO | |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟ | NO | |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | NO | |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى | NO | |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟ | NO | |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ | NO | |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ | NO | |
| Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط | NO | |



مركز أوركيد الطبي ORCHID MEDICAL CENTER

صحة ... ابتسامة ... جمال
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.

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

Shahin Khan

Date: 5/8/2020

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 الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

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 بحكم خبرته المهنية و العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات و الاجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

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

و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى 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 قدمته لدي 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 ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

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

التاريخ: ... / ... /

Patient Assesment Form استمارة تقييم المريض

Vital Signs المؤشرات الحيوية

| | | | | |
|-----------------|-----|----------------------------|----|--------------------------|
| Weight (الوزن): | Kg | Height (الطول): | cm | Blood Type (فصيلة الدم): |
| Pulse (النبض): | ppm | Blood Pressure (ضغط الدم): | / | Blood Sugar (سكر الدم): |

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

| | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| Disease History: التاريخ المرضي: | | |
| Allergies الحساسية: | | |
| Medications الأدوية: | | |
| Pregnancy الحمل: | | |
| Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى | | |
| Smoking (التدخين): Y / N | Alcohol (تعاطي الكحول): Y / N | Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N |

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

consultation of
16 veneer



Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

| DATE | TREATMENT | PAYMENT | BALANCE | SIGNATURE |
|-----------|---|---------|---------|---|
| 5/8/2020 | Teosyal PureSense Redensity II LOT 19482200 2021-11 1ml | | | Medecin |
| | د. بشار علي ديب Dr. Bashar Alidib اختصاصي - امراض جلدية Specialist - Dermatology ترخيص رقم: D59826 Orchid Medical Centre مركز اوركىد الطبي | | | |
| 5/8/2020 | 16 - Veneers preparation done shade-BL2 | | | د. اميرة حسن Dr. Amira Hassan ممارس عام - طبيب اسنان عام G.P General Dentist ترخيص رقم: D57288 Orchid Medical Centre مركز اوركىد الطبي |
| 12/8/2020 | Veneers cementation done - 16 Veneers shade BL2 - Manhattan Laboratory | | | د. اميرة حسن Dr. Amira Hassan ممارس عام - طبيب اسنان عام G.P General Dentist ترخيص رقم: D57288 Orchid Medical Centre مركز اوركىد الطبي |
| 15/8/2020 | cheek filler | | | Cytosial Volume REF: 01AHV-2511101 LOT: 020B3-V/B 2022-03 1x1,1ml |

د. بشار علي ديب
 Dr. Bashar Alidib
 اختصاصي - امراض جلدية
 Specialist - Dermatology
 ترخيص رقم: D59826
 Orchid Medical Centre مركز اوركىد الطبي

د. بشار علي ديب
 Dr. Bashar Alidib
 اختصاصي - امراض جلدية
 Specialist - Dermatology
 ترخيص رقم: D59826
 Orchid Medical Centre

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 | Rana,,,Ghalayini | IDN: | 784198276329582 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | رنا,عبد الغني,,,غلاييني | Card Number: | 099156437 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | LBN | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | لبنان | | |
| Issue Date: | 10/03/2020 | Sex: | F | Sponsor Type: | 06 |
| Expiry Date: | 25/02/2022 | Date of Birth: | 13/04/1982 | Sponsor Name: | كويتي ديستريبيوشن الامارات ش.ذ.م.م |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 00 |
| Residency Type: | 02 | Residency Number: | 20120162123437 | Residency Expiry: | 25/02/2022 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 5230 | Occupation Field: | 00 |

Photo



Signature Image

ورقة الموافقة على البوتكس

التاريخ: _____

أنا السيد/السيدة رنا غلاييني أؤكد بأنه تم شرح لنا كيفية العلاج باستخدام البوتكس وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه كحال جميع الادوية البوتكس قد يحتوي على آثار جانبية. هذه الردود العكسية قد تكون متعلقة بالعلاج، إما بسبب المنتج أو الفرد، لكن بشكل عام هذه المضاعفات قد تحدث في الأيام الأولى التي تتبع يوم الحقن وتكون بشكل مؤقت. معظم الحالات التي تم تسجيلها تكون بدرجة معتدلة إلى خفيفة. كما هو متوقعة بعد الحقن سوف يكون هناك شعور بألم وحرق وتيبس وتورم وزراق.

من الآثار الجانبية الشائعة التي من الممكن حدوثها: صداع، زغللة، احمرار، تراخي بعضلات الوجه وألم في الوجه.
من الآثار الجانبية الغير شائعة: التهاب، غثيان، تنميل، التهاب في الجفن، ألم في العين، عدم رؤية واضحة، جفاف في الفم، تيبس الشفاء، تورم في الوجه وحول العين، حساسية ضد الضوء، تشنج بالعضلات، أعراض الانفلونزا، ضعف وحرارة.
الآثار الجانبية التالية قد تكون نادرة: حكة، طفح جلدي، قشعريرة، انواع مختلفة من الطفح الجلدي الأحمر، حساسية قوية (تورم وتحديدا في الوجه والمجرى الهوائي مما يسبب صعوبة بالتنفس)، هبوط الحاجب أو الجفن، سماع طنين بالأذن وقلة السمع، حساسية في صعوبة البلع والتنفس والكلام.

لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 4 إلى 6 أشهر مع التوقعات المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح. إنني أتفهم مدى اهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا اتفهم 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 او الوصف المرفق

نعم لا

التوقيع: 

اسم المريض: Rana Ghalayini

التوقيع: 

اسم المعالج: ديب

ورقة موافقة على العلاج بالفيلر

التاريخ: _____

انا السيد/السيدة رنا خليل أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الفيلر وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه. لقد تم إبلاغي باحتمال ظهور بعض الأعراض الجانبية المصاحبة لحقن مادة الفيلر، والتي من المحتمل ظهورها بعد الجلسة مباشرة أو مؤخرا والتي قد تحتوي على: التهابات (احمرار، وذمة، 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 - تلون في المنطقة المحقونة - حدوث انتفاخ او تورم او التهاب او حساسية - حدوث تأثير بسيط أو عدم حدوثه بشكل عام تكون هذه العلامات بدرجة معتدلة الى خفيفة وسوف تخفي من تلقاء نفسها بعد عدة أيام من جلسة الحقن.

الآثار النادرة الأخرى تتضمن:

لا يمكن التنبؤ بمدة 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 إبلاغي 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 أفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا أفهم 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 او الوصف المرفق

نعم لا

التوقيع: Handwritten Signature

اسم المريض: Rana Khalil

التوقيع: Handwritten Signature

اسم المعالج: Handwritten Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,205.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-010586)

Date:05-08-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1005350 - RANA GHALAYINI - 971508755809

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

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

Bank:

Cheque No.

Date: **05-08-2020**

Being **under eye filler 1200 + botox dysport 900+ 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 : 1005350 - RANA GHALAYINI - 971508755809

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,625.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-010589

Date: 05-08-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1005350 - RANA GHALAYINI - 971508755809**The sum of Dhs. **Two Thousand Six Hundred Twenty Five Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **2,625.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 5/8/2020
*Rana*Being **advance for 20 veneers + vat balance 2625**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**

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 إبلاغي باحتمال ظهور بعض الأعراض الجانبية المصاحبة لحقن مادة الفيلر، والتي من المحتمل ظهورها بعد الجلسة مباشرة أو مؤخرا والتي قد تحتوي على: التهابات (احمرار، وذمة، 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- تلون في المنطقة المحقونة - حدوث انتفاخ او تورم او التهاب او 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 بمدة 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
تدبة-تقرح - ورم حبيبومي - صدمة تحسسية - العمى
لقد تم إبلاغي 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 أفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا أفهم 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 او الوصف المرفق

نعم لا

اسم المريض: _____

Rana Chalagini

التوقيع: _____

Rana Chalagini
Per-

اسم المعالج: _____

Dr. Rana Chalagini

التوقيع: _____

Dr. Rana Chalagini



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 936.60

RECEIPT VOUCHER (No.REC-010849)

Date:15-08-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1005350 - RANA GHALAYINI - 971508755809

The sum of Dhs. **Nine Hundred Thirty-Six Dirhams and Sixty Fils Only**

By Cash 0.00 / By Credit Card 936.60 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Cheque No.

Date: 15-08-2020

Being 1 filler cheeks 1050 + vat she take discout 15% patient inst

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 : 1005350 - RANA GHALAYINI - 971508755809

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