



File No:

Date: / /

Date: 12/8/2020

File Number: 1005433

Patient Name: Fawzyeh Al Hamoudi اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 2/9/89 Gender (الجنس): M / (F) Marital Status (الحالة الاجتماعية): single

Nationality (الجنسية): U.A.E. Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): U.A.E. Fuj Phone No. (رقم الهاتف): 050 7122191

E-MAIL: shofy.sh.maki.2008(a)hotmail.com How did you know about us:

Medical Condition الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	NO	
Cortisteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	NO	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	NO	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	NO	
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 (فقر الدم)	NO	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، 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	

4



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 يكتشف 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 الاجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الاجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة من 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 ان جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فتحتي الملف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية سنبقى 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

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

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

التاريخ: ... / ... /

12
9/2/8/2020

Patient Assessment 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 الحساسيات:		
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: / /

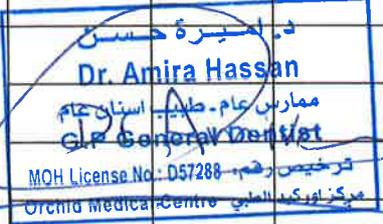
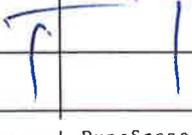
Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

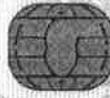
DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
12-8-2020	تَقْصِير (٢) فِينر	 Dr. Amira Hassan ممارس عام - طبيب أسنان عام G.P. General Dentist ترخيص رقم: D57288 مركز أوركييد الطبي		
12/8/2020	+ chin + jaw line + PJS	Cytosial Volume REF: 01AHV-251101 LOT: 020B3-V/B 2022-03 1x1,1mL	nome/name 1.1 ml VISCODERM [®] hydrobooster LOT: VH0919008B 2021/09	
12/9/2020	+ PRP face + MESO EXF + Redensity	Cytosial Volume REF: 01AHV-251101 LOT: 020B3-V/B 2022-03 1x1,1mL	Cytosial Volume REF: 01AHV-251101 LOT: 020B3-V/B 2022-03 1x1,1mL	 Dr. Bashar Alidib أخصائي أمراض جلدية Specialist - Dermatology ترخيص رقم: D59826 مركز أوركييد الطبي
		 Dr. Bashar Alidib أخصائي - أمراض جلدية Specialist - Dermatology ترخيص رقم: D59826 مركز أوركييد الطبي	Teosyal PureSense Redensity II LOT: 200422A0 2022-01 1ml	 Medicin

United Arab Emirates

دولة الإمارات العربية المتحدة

Identity Card

بطاقة هوية



ID Number / رقم الهوية
784-1989-6905815-9



الإسم: فوزيه محمد سرور محمد
الحمودي

Name: Fawzeyh Mohamed Sorour Mohamed
Alhמודي

الجنسية: الإمارات العربية المتحدة

Nationality: United Arab Emirates





المراد بالعلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية PRP Treatment Consent Form

I understand that due to the natural variation in quality of Platelet rich plasma, results will vary between individuals. I understand that although I may see a change after my first treatment; I may require a series of up to 6 sessions to obtain my desired outcome. The procedure and side effects has been explained to me including alternative methods; as have the advantages and disadvantages. I am advised that though good results are expected, the possibility and nature of complications cannot be accurately anticipated and that, therefore, there can be no guarantee as expressed or implied either as to the success or other result of the treatment. I am aware that the PRP treatment is not permanent as natural degradation will occur over time.

I authorize Dr. from Orchid Medical Center, perform the injection of PRP (Platelet Rich Plasma) for rejuvenation. This consent form will be valid for up to 6 applications of PRP, after which time I may be asked to complete a new form. I state that I have read (or it has been read to me) and I understand this consent and I understand the information contained in it. I have had the opportunity to ask any questions about the treatment including risks or alternatives and acknowledge that all my questions about the procedure have been answered in a satisfactory manner and that all blanks were filled in prior to my signature and I had the right to refuse the treatment. THIS CONSENT FORM IS VALID UNTIL ALL OR PART IS REVOKED BY ME IN WRITING. When completing the medical questionnaire, I have answered the personal medical history questions fully and to the best of my ability.

Patient's Name and Signature:

Date: ... / ... /

أتفهم أن نتائج هذا العلاج قد تختلف من شخص إلى آخر باختلاف جودة البلازما الغنية بالصفائح الدموية. و أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من بعد جلسة العلاج الأولى قد أحتاج حتى ٦ جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

أقر بأن هذا الإجراء الطبي و آثاره الجانبية و بدائله الممكنة و منافعها و مضارها قد شرحت لي بشكل كامل. و أنه برغم من النتائج الجيدة المتوقعة فإنه لا يمكن توقع المضاعفات و طبيعتها بدقة. و بالتالي، لا توجد اي ضمانات واضحة او ضمنية لنجاح هذا العلاج او اي نتائج أخرى. أدرك أن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية ليس علاجاً دائماً لأن التراجع الطبيعي سوف يحدث مع الوقت.

أفوض الدكتور من مركز أوركيذ الطبي بالقيام بحقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية لاعادة التضار. و ان هذا الاقرار و التفويض سوف يكون صالحاً حتى ل ٦ جلسات قادمة. و أنني قد أحتاج لتوقيع اقرار آخر بعد ذلك.

أقر أنني قد قرأت محتويات هذا الاقرار بالكامل (او قد تمت قراءته لي) و أنني قد فهمت محتواه بالكامل. و إنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الاخطار و الاعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له. و أن جميع اسئلتني قد أجيببت بشكل كامل و وافٍ و أن جميع الاجابات التي ضمنيتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملؤها قبل توقيعني أدناه و أنه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

ان هذا الاقرار صالح بالكامل حتى ألغيه كاملاً أو جزئياً و بخط اليد.

أقر أنني قد ملأت استمارة الاسئلة الطبية و شرحت تاريخي الطبي بشكل كامل و بكامل ارادتي.

اسم المريض / التوقيع

خوزية الحمري

التاريخ: ... / ... /

ورقة موافقة على العلاج بالفيلر

التاريخ: _____

انا السيد/السيدة عوزية الحمود 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
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

اسم المريض: عوزية الحمود

التوقيع: _____

التوقيع: _____

اسم المعالج: دينا لبيب



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,500.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-010772

Date: 13-08-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1005423 - FAWZIA HMOUDI - 971507122191

The sum of Dhs. **Four Thousand Five Hundred Only**By Cash **4,500.00** / 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 3 CYTOSIAL FILLER *1050 + 3 PRP 1500 + SKIN BOOSTER 850 + 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

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,500.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-010773)

Date:13-08-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1005423 - FAWZIA HMOUDI - 971507122191**

The sum of Dhs. **Four Thousand Five Hundred 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 **4,500.00**

Bank:

Cheque No.

Date: **13-08-2020**

Being **PRP FACE 500 + SKIN BOOSTER 850 + 3 CYTOSIAL FILLER**

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 : **1005423 - FAWZIA HMOUDI - 971507122191**

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

www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-011347)

Date:05-09-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1005423 - FAWZIA HMOUDI - 971507122191

The sum of Dhs. **One Thousand Fifty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,050.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Cheque No.

Date: 05-09-2020

Being 1 session meso under eyes + 1 session prp face + 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 : 1005423 - FAWZIA HMOUDI - 971507122191

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

ورقة موافقة على علاج الميزوثيرابي

التاريخ: _____

انا السيد/السيدة _____ أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الميزوثيرابي و كل التفاصيل المتعلقة به،و الغاية من الاستخدام و على ما يحتويه.

لقد تم ابلاغي تحديدا عن ما يلي:

سوف يظهر بعد العلاج بعض من ردود الفعل او علامات من الشائع حدوثها و التي تشمل على: احمرار، تورم، شعور بالحك و الألم و سوف تكون المنطقة المحقونة طريه نوعا ما. بشكل عام تكون هذه العلامات بدرجة معتدلة الى خفيفة و سوف تختفي و سوف تلقاء نفسها بعد عدة ايام بعد الحقن.

يوجد بعض من ردود الفعل او العلامات النادر حدوثها و هي: قد يتحسس البعض في المنطقة المحقونة بعد يوم او يومين من يوم الجلسة. ذلك التحسس قد يحتوي على تورم و احمرار و من النادر ظهور بعض الحبوب. هذه العلامات من المحتمل ان تظهر بعد عدة ايام من جلسة الحقن بشكل معتدل الى خفيف و ستختفي بعد 5 الى 7 ايام كما ورد في تقارير سابقة.

لقد تم ابلاغي أيضا بأنه اعتمادا على المنطقة المراد حقنها و نوع البشرة و درجة المشكلة التي تعاني منها بشرتي، سوف يتم تحديده عدة جلسات (تقريبا من 4 الى 8 جلسات). المتابعة و المراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج و التصحيح.

إنني أفهم مدى اهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء او تأجيل المواعيد. وأيضا أفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبدل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور او الوصف المرفق

نعم لا

التوقيع: _____

التوقيع: _____

اسم المريض: فوزية الجورس

اسم المعالج: د. سارة

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 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

اسم المريض: فوزية

التوقيع:

التوقيع:

اسم المعالج: د. محمد



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-011352)

Date:05-09-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1005423 - FAWZIA HMOUDI - 971507122191

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,260.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Cheque No.

Date: 05-09-2020

Being **1 injection filler eyes + 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 : 1005423 - FAWZIA HMOUDI - 971507122191

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

www.omc1.ae