



File No:

Date: / /

Date: 19/8/2020
Patient Name: Raeda Alfreihat
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 25/9/75 Gender (الجنس): M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية) مستتر
Nationality (الجنسية): ... Occupation (الوظيفة): ...
Address (العنوان): ... Phone No. (رقم الهاتف): 0551396960
E-MAIL: ... How did you know about us:

Medical Condition الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	✓	
Cortisteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	✓	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	✓	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟		فيرة حاد
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	✓	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		عقار دم
Anemia, Leukemia (سرطان 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 تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	✓	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني 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 تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	✓	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	✓	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط HSV, HIV...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 الاضافية 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 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 تماماً 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فتحي للملف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

أحمد
د

Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نصيلة 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

Doctor's Signature and Stamp

.....



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-010940)

Date:19-08-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1005506 - RAEDA DAYFALLAH ALFREIHAT - 971506899925**

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

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

Bank:

Cheque No.

Date: **19-08-2020**

Being **CONSULTATION + 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 : **1005506 - RAEDA DAYFALLAH ALFREIHAT - 971506899925**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

For Ground Consent

I, the patient undersigned have been the procedure pro-Facial

In detail and give consent for the same.

- I, the undersigned have read and understood the procedure and give consent for the same
- I understand the need to do multiple sessions to see optimum results which can be variable depending on individual skin type, age, and other factors

Risks and complications of procedure have been explained to me and also the post care and cost of procedure have been explained to me and I agree to abide by the same

Patient name and signature

_____ Amirah Al
_____ Al

Date: _____



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 580.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-010962

Date: 21-08-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1005506 - RAEDA DAYFALLAH ALFREIHAT - 971506899925**The sum of Dhs. **Five Hundred Eighty Only**By Cash **580.00** / 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 SESSIONS MESO STEM 1000 + VAT BALANCE 470**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 أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-010961)

Date:21-08-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1005506 - RAEDA DAYFALLAH ALFREIHAT - 971506899925**

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

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

Bank: Cheque No.

Date: **21-08-2020**

Being **Pro-Facial tratment + 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 : **1005506 - RAEDA DAYFALLAH ALFREIHAT - 971506899925**

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

ورقة الموافقة على التقشير الكيميائي

التاريخ: _____

أنا أخول _____ لتطبيق _____ على _____ لنضارة بشرتي وعلاجها من
التصبغات واثار الحبوب والتجاعيد.
أتفهم جيدا بأن هذا الاجراء اختياري بحت, وأن النتيجة قد تختلف من شخص لأخر والعلاجات المتعددة
قد تكون ضرورية.
أتفهم بيانه:
من المحتمل حدوث بعض المضاعفات التي قد تكون نادرة لكن محتملة.
ظهور بعض الاعراض الجانبية الشائعة كاحمرار مؤقت, حرق بسيط وقد يستمر لمدة 3 إلى 4 ساعات
أو لعدة أيام.
تصبغات متغيرة تشمل هايبربيجمنتيشن (تفتيح للبشرة) أو (غامقان بالبشرة) وقد تستمر لمدة 1 إلى
6 اشهر أو أكثر.
بعض الاعراض المحتملة الاخرى كشعور بالحك, ألم, حرق, التهاب, تقشير, تورم. من المحتمل ايضا
عدم الحصول على النتيجة المتوقعة أو المرغوب بها.
أتفهم بأنه عند تعرضي للشمس أو جهاز التشمس وعدم الالتزام بإرشادات العناية المطلوبة اتباعها قد
تزيد من فرصة حدوث مضاعفات.
إرشادات قبل وبعد العلاج واجراءات العلاج تم شرحها لي بالكامل من الفوائد المحتمل الحصول عليها
والمضاعفات . لقد تمت الاجابه على جميع تساؤلاتي وأنا أوافق بشدة على تطبيق العلاج.
إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء
أو تأجيل المواعيد. وايضا أتفهم أن 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

ORCHID MEDICAL CENTER

التوقيع

التوقيع

اسم المريض / الضامن & العلاقة

اسم الدكتور / المعالج



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-011027)

Date:24-08-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1005506 - RAEDA DAYFALLAH ALFREIHAT - 971506899925**

The sum of Dhs. **Five Hundred Twenty-Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **525.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date: **24-08-2020**

Being **YELLOW MASK+ 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 : **1005506 - RAEDA DAYFALLAH ALFREIHAT - 971506899925**

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