



File No: 100.58.75

Date: 23/9/2020

Date: 23/9/2020

File Number: 100.58.75

Patient Name: Amira Al Most

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 21/1/1998 Gender (الجنس): M / (F) Marital Status (الحالة الاجتماعية): single

Nationality (الجنسية): Syrian Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Phone No. (رقم الهاتف): 0508266817

E-MAIL: amiraalmost@hotmail.com How did you know about us: Dina Al Nimer

| 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 حديثاً؟  | No              |  |
| Cortisteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟   | No              |  |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟   | yes             | penicillin   |
| Surgical Operations, Serious Illness هل اجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟   | No              |  |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض 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؟   | No              |  |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى   | No              |  |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟  | No              |  |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية؟  | No              |  |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى   | No              |  |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟   | No              |  |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟  | No              |  |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟  | No              |  |
| Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط  | No              |  |



### 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 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 بحكم خبرته المهنية و العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات و الاجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم 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 أتفهم 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

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

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

التاريخ: ... / ... / .....

# 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 الحساسية:  |                               |                               |
| Medications الأدوية:   |                               |                               |
| Pregnancy الحمل:   |                               |                               |
| Previous Surgeries, Hospitalization<br>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 1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-011771)

Date:23-09-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1005875 - AMIRA IMAD ALMAST - 971508266817

The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Sixty Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **1,260.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date: **23-09-2020**Being **BOTOX FOR UNDER ARMS + VAT**Made by **Hiba**

- 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 : 1005875 - AMIRA IMAD ALMAST - 971508266817

---

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

**www.omc1.ae**