

Laser Assessment Consent Form

نموذج الموافقة على تقييم الليزر

Patient Name اسم المريض	:	Vision Test Patient	Emirates ID هوية الإمارات	:	784-6987-5266587-7
File No رقم الملف	:	2	DOB تاريخ الميلاد	:	2020-06-17
Gender جنس	:	Female	Doctor's Name اسم الطبيب	:	Ahmad Irfan
			Date تاريخ	:	2023-12-07

Patient Name اسم المريض: Vision Test Patient

Mobile No 971569874589 رقم الموبايل:

Emergency Contact اسم و رقم جهة تواصل للطوارئ:

Area(s) to be treated المنطقة التي سوف يتم معالجتها:

Are you currently under the care of another physician?

هل انت تحت اشراف طبيب اخر حاليا

☐ NO لا ☐ YES نعم Please Specify حدد:

For female patients, are you pregnant, trying to conceive, or breastfeeding ?

بالنسبة للمرضى النساء، هل أنت حامل، محاولة حمل أو

☐ NO لا ☐ YES نعم Please Specify حدد:

Do you have any allergy ?

هل انت تعاني من الحساسية

☐ NO لا ☐ YES نعم Please Specify حدد:

Do you have any medical condition or past illness ?

هل لديك أي حالة طبية أو مرض سابق

☐ NO لا ☐ YES نعم Please Specify حدد:

Do you have photosensitive disorder such as epilepsy , lupus , sun rash, vitiligo , porphyria , Scleroderma ?

هل لديك اضطراب حساسية للضوء مثل الصرع والذئبة والطفح الجلدي والبهاق والبرفيريا وتصلب الجلد

☐ NO لا ☐ YES نعم Please Specify حدد:

Are you currently taking any medications ?

هل تأخذ حاليا أي علاج

☐ NO لا ☐ YES نعم Please Specify حدد:

Please check medication / supplements taken for the past 6 months.

يرجى التحقق من الأدوية / المكملات الغذائية التي تم تناولها خلال الأشهر الستة الماضية.

☒ Accutane دواء الاكوتان ☒ Contraceptives موانع الحمل Please Specify حدد:

☒ Antihistamine مضادات الهيستامين ☒ Antibiotic مضاد حيوي Please Specify حدد:

☐ Gold Therapy العلاج بالذهب ☐ Ibuprofen ايبوبروفين Please Specify حدد:

☐ Aspirin اسبيرين ☐ Antihypertensive ارتفاع ضغط الدم Please Specify حدد:

☐ Fish Oils زيت السمك ☐ Others Please Specify حدد:

☐ St. John's Wort نبتة سانت جون

Do you have any tattoos or permanent makeup ?

هل لديك اي وشوم او مكياج دائم

☐ NO لا ☐ YES نعم Please Specify حدد:

Do you have history of keloid or hypertrophic scar ?

هل لديك تاريخ من الجذرة أو الندب الضخمة

☐ NO لا ☐ YES نعم Please Specify حدد:

Have you had any cosmetic procedure such as Botox , filler , threads , chemical peeling ?

هل لديك اي اجراء تجميلي مثل الفيلر والботوكس و الخيوط الشد التجميلية و التقشير الكيميائي

☐ NO لا ☐ YES نعم Please Specify type and date of treatment
ضلك حدد النوع والتاريخ التي قمت فيه باجراء تجميلي

Date : 12/26/2023 12:00:00 AM

Please check any tanning history and specify date of last use

من فضلك اختر تاريخ التعرض للشمس و حدد تاريخ اخر مرة

☒ Long Sun Exposure التعرض لاشعة الشمس لمدة طويلة
طويلة

yuyuyu

Date :12/26/2023 12:00:00 AM

☒ Tanning Booth جهاز التسمير

yuyutyu


Date :12/26/2023 12:00:00 AM

☒ Spray Tans بخاخات التسمير

tyutyutyu

Date :12/26/2023 12:00:00 AM

Sign here, only if all of your questions have been answered to your satisfaction
قم بالتوقيع هنا، فقط إذا تمت الإجابة على جميع أسئلتك بما يرضيك

Patient مريض	witness	Doctor طبيب
		
Patient Name اسم المريض Vision Test Patient Date تاريخ 2023-12-07 09:45	Witness Name اسم الشاهد Date تاريخ 2023-12-07 09:45	Doctor's Name اسم الطبيب Ahmad Irfan Date تاريخ 2023-12-07 09:45