

## Laser Assessment Consent Form

### نموذج الموافقة على تقييم الليزر

|                            |   |             |                              |   |                    |
|----------------------------|---|-------------|------------------------------|---|--------------------|
| Patient Name<br>اسم المريض | : | sai krishna | Emirates ID<br>هوية الإمارات | : | 784-8666-6666666-7 |
| File No<br>رقم الملف       | : | 8           | DOB<br>تاريخ الميلاد         | : | 1996-09-25         |
| Gender<br>جنس              | : | Male        | Doctor's Name<br>اسم الطبيب  | : | Ahmad Irfan        |
|                            |   |             | Date<br>تاريخ                | : | 2023-12-12         |

Patient Name اسم المريض: sai krishna

Mobile No 971508764532 رقم الموبايل:

Emergency Contact اسم و رقم جهة تواصل للطوارئ: ytytyty

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

Are you currently under the care of another physician?

هل انت تحت اشراف طبيب اخر حاليا

☒ NO لا ☐ YES نعم Please Specify: ytytyty

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: ytytyty

Do you have any allergy ?

هل انت تعاني من الحساسية

☐ NO لا ☒ YES نعم Please Specify: ytytyty

Do you have any medical condition or past illness ?

هل لديك أي حالة طبية أو مرض سابق

☐ NO لا ☒ YES نعم Please Specify: ytytyty

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: ytytyty

Are you currently taking any medications ?

هل تأخذ حاليا أي علاج؟

☐ NO لا ☒ YES نعم Please Specify: ytytyty

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: ytytyty

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

☒ Gold Therapy العلاج بالذهب ☒ Ibuprofen ايبوبروفين



☒ Aspirin اسبيرين ☒ Antihypertensive ارتفاع ضغط الدم Please Specify: ytytyty

☒ Fish Oils زيت السمك ☒ Others Please Specify: ytytyty

☒ St. John's Wort نبتة سانت جون

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<br>مريض   | witness | Doctor<br>طبيب  |
|---|---------|---|
|  |         |  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <div>Patient Name<br/>اسم المريض<br/>sai krishna</div> <div>Date<br/>تاريخ<br/>2023-12-12 09:00</div> | <div>Witness Name<br/>اسم الشاهد<br/>Date<br/>تاريخ<br/>2023-12-12 09:00</div> | <div>Doctor's Name<br/>اسم الطبيب<br/>Ahmad Irfan</div> <div>Date<br/>تاريخ<br/>2023-12-12 09:00</div> |
|---|--|--|