

Laser Assessment Consent Form

نموذج الموافقة على تقييم الليزر

Patient Name اسم المريض	:	Alston Rebello	Emirates ID هوية الإمارات	:	111-1111-1111111-1
File No رقم الملف	:	17	DOB تاريخ الميلاد	:	1996-06-20
Gender جنس	:	Male	Doctor's Name اسم الطبيب	:	Ahmad Irfan
			Date تاريخ	:	2023-12-15

Patient Name اسم المريض: Alston Rebello

Mobile No 971506245967 رقم الموبايل:

Emergency Contact اسم و رقم جهة تواصل للطوارئ: erererer

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

Are you currently under the care of another physician?

هل انت تحت اشراف طبيب اخر حاليا?

☒ NO لا ☐ YES نعم Please Specify حدد فضلك: erererer

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 فضلك: erererer

Do you have any allergy ?

هل انت تعاني من الحساسية

☒ NO لا ☐ YES نعم Please Specify حدد فضلك: erererer

Do you have any medical condition or past illness ?

هل لديك أي حالة طبية أو مرض سابق

☒ NO لا ☐ YES نعم Please Specify حدد فضلك: erererer

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 فضلك: ererererr

Are you currently taking any medications ?

هل تأخذ حاليا أي علاج؟

☒ NO لا ☐ YES نعم Please Specify حدد فضلك: ererererrerr

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 فضلك: erererer

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

☒ Gold Therapy العلاج بالذهب ☒ Ibuprofen ايبوبروفين Please Specify حدد فضلك: erererer


☒ Aspirin اسبيرين ☒ Antihypertensive ارتفاع ضغط الدم Please Specify حدد فضلك: erererer

☒ Fish Oils زيت السمك ☒ Others Please Specify حدد فضلك: erererer

☒ 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 مريض	witness	Doctor طبيب
		

<div>Patient Name اسم المريض Alston Rebello</div> <div>Date تاريخ 2023-12-15 19:15</div>	<div>Witness Name اسم الشاهد Date تاريخ 2023-12-15 19:15</div>	<div>Doctor's Name اسم الطبيب Ahmad Irfan</div> <div>Date تاريخ 2023-12-15 19:15</div>
--	--	--