

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	:	2023-12-19

Patient Name اسم المريض: Alston Rebello

Mobile No 971506245967 رقم الموبايل:

Emergency Contact اسم و رقم جهة تواصل للطوارئ: aaaaaaaaaa

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

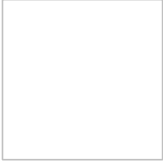

Are you currently under the care of another physician? هل انت تحت اشراف طبيب اخر حاليا?

☐ NO لا ☒ YES نعم Please Specify حدد من فضلك: aaaaaaaaaa

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 من فضلك: aaaaaaa

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 Alston Rebello Date تاريخ 2023-12-19 12:30	Witness Name اسم الشاهد Date تاريخ 2023-12-19 12:30	Doctor's Name اسم الطبيب Ahmad Irfan Date تاريخ 2023-12-19 12:30