

## 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: 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 من فضلك: fgdfgdfgg

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 من فضلك: dfgdgfdg

Do you have any allergy? هل انت تعاني من الحساسية ؟

☒ NO لا ☐ YES نعم Please Specify من فضلك: dfgdgfdgdfdg

Do you have any medical condition or past illness? هل لديك أي حالة طبية أو مرض سابق ؟

☐ NO لا ☒ YES نعم Please Specify من فضلك: gfdgfdgfdgfdg

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 من فضلك: fdgfdgfdgfdg

Are you currently taking any medications? هل تأخذ حاليا أي علاج ؟

☐ NO لا ☒ YES نعم Please Specify من فضلك: dfgdgfdg

Sign here, only if all of your questions have been answered to your satisfaction

فم 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