

Laser Assessment Consent Form

نموذج الموافقة على تقييم الليزر

Patient Name اسم المريض	:	Reshma Siya	Emirates ID هوية الإمارات	:	784-6478-3648736-8
File No رقم الملف	:	4	DOB تاريخ الميلاد	:	1995-05-21
Gender جنس	:	Female	Doctor's Name اسم الطبيب	:	Ahmad Irfan
			Date تاريخ	:	2023-12-09

Patient Name اسم المريض: Reshma Siya

Mobile No 971522058819 رقم الموبايل:

Emergency Contact اسم و رقم جهة تواصل للطوارئ: kkkkkkkk

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


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

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

For female patients, are you pregnant, trying to conceive, or breastfeeding? بالنسبة للمرضى النساء, هل أنت حامل, محاولة حمل او ?

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

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 Reshma Siya Date تاريخ 2023-12-09 21:45	Witness Name اسم الشاهد Date تاريخ 2023-12-09 21:45	Doctor's Name اسم الطبيب Ahmad Irfan Date تاريخ 2023-12-09 21:45