

Laser Assessment Consent Form

نموذج الموافقة على تقييم الليزر

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

Patient Name اسم المريض: sai krishna

Mobile No 971508764532 رقم الموبايل:

Emergency Contact اسم و رقم جهة تواصل للطوارئ: ghjghghghj

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

Are you currently under the care of another physician?

هل انت تحت اشراف طبيب اخر حاليا

☐ NO لا ☐ YES نعم Please Specify حدد: ghjghghgh

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: ghjghghj

Do you have any allergy ?

هل انت تعاني من الحساسية

☐ NO لا ☐ YES نعم Please Specify حدد:

Do you have any medical condition or past illness ?

هل لديك أي حالة طبية أو مرض سابق

☐ NO لا ☐ YES نعم Please Specify حدد:

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: hgjhghji

Are you currently taking any medications ?

هل تأخذ حاليا أي علاج

☐ NO لا ☐ YES نعم Please Specify حدد: jghjhghghj

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: jghghghj

☒ Antihistamine مضادات الهيستامين

☐ Antibiotic مضاد حيوي

Please Specify حدد: ghjghghghghghj

☒ Gold Therapy العلاج بالذهب

☒ Ibuprofen ايبوبروفين

Please Specify حدد: ghjghghghgh

☒ Aspirin اسبيرين

☒ Antihypertensive ارتفاع ضغط الدم

Please Specify حدد: ghjghghghj

☒ Fish Oils زيت السمك

☐ Others

Please Specify حدد: ghjghghghj

☒ St. John's Wort نبتة سانت جون

Do you have any tattoos or permanent makeup ?

هل لديك اي وشوم او مكياج دائم

☐ NO لا ☐ YES نعم Please Specify حدد: hjghghghj

Do you have history of keloid or hypertrophic scar ?

هل لديك تاريخ من الجذرة أو الندب الضخمة

☐ NO لا ☐ YES نعم Please Specify حدد: ghjghghghj

Have you had any cosmetic procedure such as Botox , filler , threads , chemical peeling ?

هل لديك اي اجراء تجميلي مثل الفيلر والبوتوكس و الخيوط الشد التجميلية و التقشير الكيميائي

☐ NO لا ☐ YES نعم Please Specify type and date of treatment

ضلك حدد النوع والتاريخ التي قمت فيه باجراء تجميلي: ghjghghj

Date : 12/26/2023 12:00:00 AM

Please check any tanning history and specify date of last use
من فضلك اختر تاريخ التعرض للشمس و حدد تاريخ اخر مرة

☒ Long Sun Exposure ghjghghj
التعرض لأشعة الشمس لمدة طويلة
☒ Tanning Booth ghjghghj
جهاز التسمير
☐ Spray Tans ghjghghghj
بخاخات التسمير

Date :12/26/2023 12:00:00 AM
Date :12/26/2023 12:00:00 AM
Date :12/26/2023 12:00:00 AM

Please select the one that best describe you if you were exposed to the sun for long hours without sunblock
يرجى تحديد أفضل ما يصفك إذا كنت قد تعرضت لأشعة الشمس لساعات طويلة بدون واقي شمسي

☒ Always burns,never tans دائما حروق ولا تسمير ابدا
☒ Usually burns,never tans عادة ما تحترق ، ولا تسمير أبدا
☒ Burns mildly,tans slowly حروق خفيفة ، تسمير ببطء
☒ Rarely burns,tans with ease نادرا ما احترق و تسمير بسهولة
☒ Very rarely burns, tans very easily نادرا جدا ما احترق و تسمير بسهولة
☒ Never Burns,always Tans لاحروق و دائما تسمير

Check any previous hair removal history if applicable
تحقق من أي تاريخ سابق لإزالة الشعر إن أمكن



☐ Waxing واكس
☒ Plucking نتف
☐ Shaving حلاقة
☒ Others
☒ Electrolysis جهاز كهربائي لازالة الشعر
Please Specify حدد: ghjghghghj من فضلك

Have your done any laser hair removal before ?
هل قمت بعمل ليزر لازالة الشعر من قبل ؟

☐ NO لا
☒ YES نعم
Please Specify the number of sessions done and date of last session
يرجى تحديد عدد الجلسات التي تم إجراؤها وتاريخ آخر جلسة
Date :12/26/2023 12:00:00 AM

I attest the above information to be true , knowing my technician relies on this for safe and effective treatment

أشهد أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة ، مع العلم أن فني يعتمد على هذا للحصول على علاج آمن وفعال

| | | |
|--|---|---|
| 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 sai krishna Date تاريخ 2023-12-12 09:00 | Witness Name اسم الشاهد Date تاريخ 2023-12-12 09:00 | Doctor's Name اسم الطبيب Ahmad Irfan Date تاريخ 2023-12-12 09:00 |