

File No#: 1000130 Date: 6/1/2018  
اسم المريض:  
Patient Name: Rola  
Gender (الجنس): M / F  
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 23.05.1988  
Occupation (الوظيفة): \_\_\_\_\_  
Nationality (الجنسية): Lebanese  
Phone No. (رقم الهاتف): 054-5258232  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single  
Contact Person in Case of Emergency:  
Sara 050-6779012

How Did You Know About Us?

Friends

### التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

\*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

- 1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟  
1 - دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار  
2- دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار  
3 - قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار ✓  
4- نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار  
5- بشرة داكنة السمرة

2- هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدره ؟ نعم  لا

3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم  لا

4- هل تناولت عقار " الأكيوتان / الایسوتریتونین " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم  لا

أقر أن أي صور قد يتم التقاطها للعلاج ستبقى مجهولة الهوية و قد يتم استخدامها للأغراض العلمية والإعلامية.

أقر أنه قد أتحت لي الفرصة للاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت وفهمت محتوى هذا الإقرار. وأني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حالة عدم بلوغي السن القانوني قبل إجراء العلاج.

التاريخ: \_\_\_\_\_

الاسم: Rola

توقيع المريض: 

توقيع ولي أمر المريض (من هم دون السن القانوني): \_\_\_\_\_

بشهادة: \_\_\_\_\_

