

File No#: 100143 Date: 13/01/18  
اسم المريض:  
Patient Name: Fatima Abdulhadi Khatifa  
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 23/9/1969 Gender (الجنس): M (F)  
Nationality (الجنسية): UAE Occupation (الوظيفة):  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): - Phone No. (رقم الهاتف): 050-1102914.

Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us?

# SMS

### التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

\*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

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

2- هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ نعم \_\_\_ لا \_\_\_

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

4- هل تناولت عقار "الأكوتان" / الايسوترتينونين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم \_\_\_ لا \_\_\_

DOCTOR NOTE

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQXO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm Data

**Public Data Verification report****File Valid Signature?**

Non-Modifiable Data (SF3) False  
 Modifiable Data (SF5) False  
 Holder Signature Image (SF7) False  
 Photography False  
 Home Address False  
 Work Address False

**Card Holder Information**

Name	Fatima,Abdullah,Khalifani,Almarzooqi	IDN:	784194916935847	Mother Name:	
Name (Ar)	فاطمة عبد الله خليفة بن المرزوقي	Card Number:	067972040	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	101038599
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	31/03/2014	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	31/03/2019	Date of Birth:	23/09/1949	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

1/13/2018

