

File No#: 1000239 Date: 3/3/2018
اسم المريض: _____
Patient Name: Fafima Mohamed
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 16/1/1985 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): _____ Occupation (الوظيفة): _____
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single Phone No. (رقم الهاتف): 971509762319
Contact Person in Case of Emergency: Fafima Mohamed 59@gmail.com

How Did You Know About Us?
_____ instagram

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 ظهرة لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم ___ لا ___

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

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

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED 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 Ali Ghooloom,,,Mohamad	IDN:	784198549608374	Mother Name:	
Name (Ar)	فاطمة علي غولوم محمد	Card Number:	080019419	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	COM	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	جزر القمر		
Issue Date:	08/09/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	05/09/2019	Date of Birth:	16/01/1985	Sponsor Name:	هيئة الطرق و المواصلات
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120167184959	Residency Expiry:	05/09/2019
ID Type:	IL	Occupation:	4190	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

3/3/2018