

File No#: ١٥٥٥٢٤٤

Date: 4/3/2018

Patient Name: Waleed Saleena Ali اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 8/11/1979 Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Iraqi (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married Phone No. (رقم الهاتف): ٩١١٥٢٥٦٨٤٤

Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us?

Ms. Hala Shehata.

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 سابقاً علامات ندوب أو جدره ؟ نعم ✓ لا

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

4- هل تناولت عقار "الأكوتان" / الايسوتريتينون " 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 انه 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: _____

توقيع المريض: _____



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

بشهادة: _____

