

File No#: ١٥٥٥٢٤٧ Date: ٤/3/2018  
Patient Name: Rachel Al suwaidi اسم المريض:  
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 12/10/1997 Gender (الجنس): M / F  
Nationality (الجنسية): Emirati (الوظيفة):  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): single Phone No. (رقم الهاتف): 97559650909.  
Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us?

My friend Mansour

### 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 سابقا 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 "الأكوتان / الايسوترتينونين " 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: \_\_\_\_\_

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO1

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	Rashed,Saeed,Obaid,Saeed,Alsuwaidi	IDN:	784199737290298	Mother Name:	
Name (Ar)	رشيد سعيد عبيد سعيد السويدي	Card Number:	086456414	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	401005672
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	26/11/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	17/05/2020	Date of Birth:	12/10/1997	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:		Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

