



File No#: 1000255

Date: 6/3/2018

Patient Name: Haya Essam Al Ansari اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 18/11/1991

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): UAE

Occupation (الوظيفة): \_\_\_\_\_

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Phone No. (رقم الهاتف): \_\_\_\_\_

Contact Person in Case of Emergency:

05403690098

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 , عديمة الاسمرار  \_\_\_\_\_  
3 - قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار \_\_\_\_\_  
4- نادرة الاحتراق , 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 بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟  نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_
- 4- هل تناولت عقار "الأكوتان / الايسوترتينونين " خلال الست أشهر الماضية؟  نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_



### Medical Consent Form

I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition, which has been explained to me by the qualified physician.

I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.

I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.

I authorize my treating doctor to perform such procedure, which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as to a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment, there are also risk and hazards to the performance of the diagnostic and /or surgical procedure. I realize that common surgical or diagnostic procedure are potential for an infection, swelling, bleeding and allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full after the completion of each treatment.

I understand that any information that I provide regarding my medical status will be kept completely confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that form has been fully explained to me and that I have read it understand its contents.

Patient Signature/ Guardian (In case of minors):

Date:

Dentist Signature:

### نموذج إقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الاجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

و أنا أتفهم أن من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفرض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.


أتفهم أنه ليس هناك أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات، و اتفهم احتمالية الاجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم ان هناك رسوم بالحد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

إن أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني املاك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي :

 06/3/18

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO\*

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**

<b>Name</b>	Haya Isam,Atef,Al Ansari	<b>IDN:</b>	784199172618649	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	هيا عصام عطف الانصاري	<b>Card Number:</b>	074078516	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	JOR	<b>Family ID:</b>	
<b>Title(Ar):</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	الاردن		
<b>Issue Date:</b>	21/07/2015	<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	02
<b>Expiry Date:</b>	26/06/2018	<b>Date of Birth:</b>	18/11/1991	<b>Sponsor Name:</b>	عصام عطف كامل الانصاري
<b>Marital Status:</b>	01	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	0142177921
<b>Residency Type:</b>	03	<b>Residency Number:</b>	20119933140458	<b>Residency Expiry:</b>	26/06/2018
<b>ID Type:</b>	IL	<b>Occupation:</b>	11	<b>Occupation Field:</b>	00



Photo

Signature Image

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

3/6/2018