

File No#: 1000334

Date: 21/3/18

اسم المريض:

Patient Name: Aseel Shalhin

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 19/3/1991

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Jordanian

Occupation (الوظيفة): -

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): 05447777347

E. MAIL: asilshalhin91@gmail.com

How Did You Know About Us?

From my Sis

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الإجابة 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 ظهرت لديك سابقا 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 "الأكيوتان" / الايسوترتينوين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا

5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكورتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟ 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: أسيل عطف عبل عمار سناهن

توقيع المريض: _____

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

بشهادة: _____

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQXO*

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

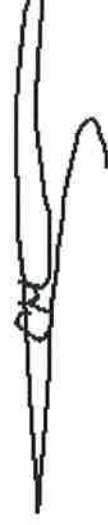
Work Address False

Card Holder Information

Name	Ascel,Adnan,Abdalqader,,Shahin	IDN:	784199160396828	Mother Name:	
Name (Ar)	اسيل,عدنان,عبدالقادر,شاهين	Card Number:	085804963	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	15/10/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	11/10/2019	Date of Birth:	19/03/1991	Sponsor Name:	فيصل فهمي عبدالقادر المساطفه
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	10065494
Residency Type:	03	Residency Number:	30120173025937	Residency Expiry:	11/10/2019
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

3/21/2018

Circle areas to be treated:

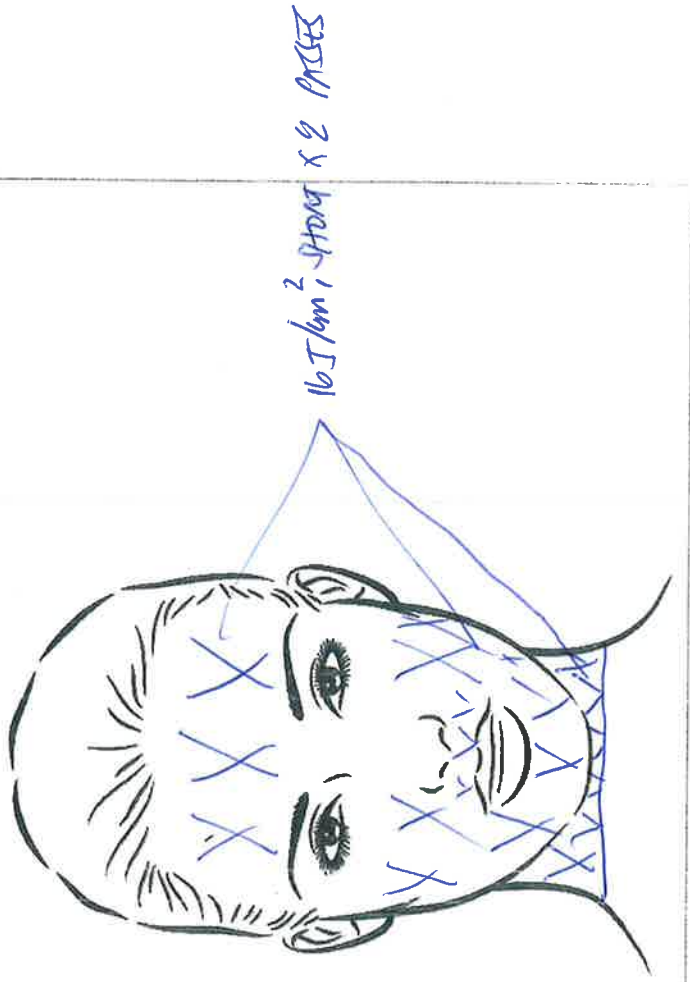
Other _____

10 MAY 2018

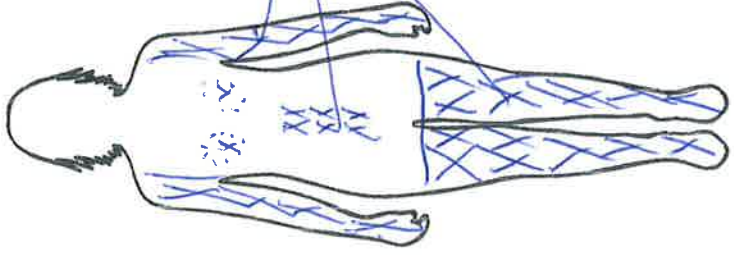
LITTLE FULL BODY
MENSTRUAL
NO BIKINI (PERIOD)

START TIME: 12:30 PM

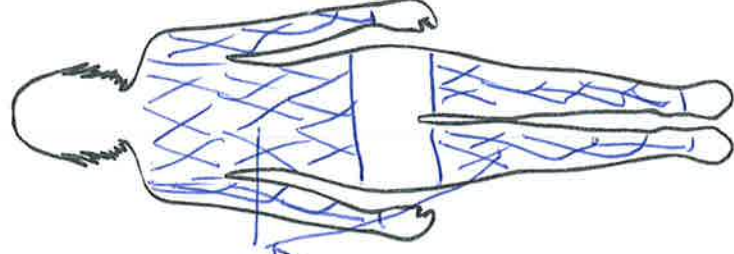
END TIME: 2:30 PM



Front



Back



Circle areas to be treated:

Other _____

15 MAY 2018

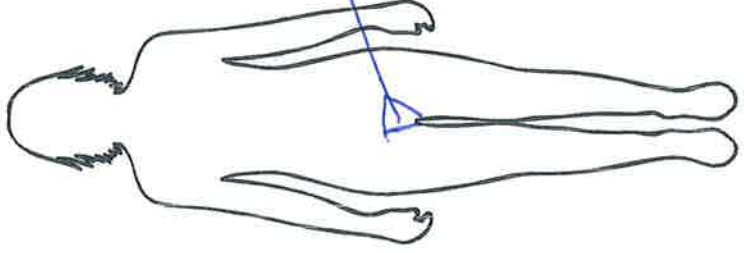
1HR BIKINI

START TIME: 1:30 PM

END TIME: 1:45 PM

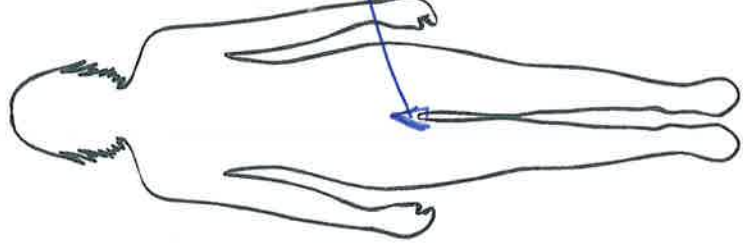


Front



10J/cm², BURST X
2 PASSES

Back



10J/cm², BURST
X 2 PASSES