

File No#: 1000587 Date: 11/6/2018  
اسم المريض:  
Patient Name: Anood Adnan  
Gender (الجنس): M / F  
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 23/6/1994  
Occupation (الوظيفة):  
Nationality (الجنسية): Emari  
Phone No. (رقم الهاتف): ~~0501192225~~  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Singl  
: MAIL: aah\_30@live.co.uk  
0501192225  
How Did You Know About Us? family members

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

\*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة-

- 1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟  
oil/dry  
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 القرحة في منطقة العلاج؟ نعم  لا
- 4- هل تناولت عقار "الأكوتان / الايسوترتينوين" خلال الست أشهر الماضية؟ نعم  لا
- 5- هل استخدمت عقار " ريتين إي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكورتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج؟  
نعم

## نموذج إقرار طبي

أوافق و أسمح لطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و السرح.

أفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التخصصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أفهم أن من الممكن أن يكشف 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.

أفهم أنه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أفهم أن هنالك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أفهم تماماً كفة الاخطار الناتجة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أفهم ان هنالك رسوم يتحدد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

ان أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امتلاك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بتكامل و أنني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

## 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: 11/6/2018

Dentist Signature:





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	ArOOD,Adnan,Ali,Salim,Al Bidh	IDN:	784199451597357	Mother Name:	
Name (Ar)	عبدربيت عثمان بن علي بن سالم البيض	Card Number:	085800746	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	OMN	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	مملكة عمان		
Issue Date:	14/10/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	14/10/2022	Date of Birth:	23/06/1994	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	IR	Occupation:	11	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

6/11/2018

File No#: 1000584

Patient Name: Anood Adnan ALBaidh

Date of Birth (التاريخ الميلاد): 23/6/94

Nationality (الجنسية): Oman

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

E-MAIL: aab-3@live.co.uk

How Did You Know About Us? Family

Date: 21/05/18

اسم المريض:

Gender (الجنس): M /  F

Occupation (الوظيفة): Student

Phone No. (رقم الهاتف): 050-9668861

	Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If YES give details إذا عدت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟		Yes/No نعم / لا	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟		Yes/No نعم / لا	
	Allergies ؟ حساسية؟		Yes/No نعم / لا	
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟		Yes/No نعم / لا	
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب شغاف القلب، صدم قلب صناعي، أمراض القلب		Yes/No نعم / لا	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		Yes/No نعم / لا	
	Anemia, Leukemia (مرض الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)		Yes/No نعم / لا	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى		Yes/No نعم / لا	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية، أو تناسلية؟		Yes/No نعم / لا	
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *: للنساء: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		Yes/No نعم / لا	
GI	Hepatitis, jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		Yes/No نعم / لا	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		Yes/No نعم / لا	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من أي أمراض أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		Yes/No نعم / لا	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكر أو أمراض الغدة الدرقية؟		Yes/No نعم / لا	
Other	Other conditions؟ أخرى؟ HSV, HIV...etc		Yes/No 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: 21/5/2018

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 التخصصات و الإجراءات الطبية الاضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن ان 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 انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن التخصصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم احتمالية حدوث عوى 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.

ان أي معلومات أقيمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امتلاك 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 :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQXO\*

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	Anood,Adnan,Ali,Salim,Al Bidh	IDN:	784199451597357	Mother Name:	
Name (Ar)	عزود بنت عدنان بن علي بن سالم البيدح	Card Number:	085800746	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	OMN	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	سلطنة عمان		
Issue Date:	14/10/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	14/10/2022	Date of Birth:	23/06/1994	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	IR	Occupation:	11	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

5/21/2018

For Doctor's Use Only لا يستعمل الطبيب فقط

Weight: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Blood Type: \_\_\_\_\_

Chief Complaint: Pain on chewing

السجل الطبي Medical History

Diseases: \_\_\_\_\_ Medication: \_\_\_\_\_  
Allergies: \_\_\_\_\_ Pregnancy: \_\_\_\_\_  
Hospitalization: \_\_\_\_\_ Family History: \_\_\_\_\_

Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N

Remarks: \_\_\_\_\_

Clinical Findings: \_\_\_\_\_

Radiography: \_\_\_\_\_

Examination : PA X-Ray

Diagnosis: Pain Pulpitis



FILE NO#:

PATIENT NAME:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
2/5/2018	RCT 4			
	w.L : 20			
26/5/2018	Mechanical Preparation until file 35			
	w.L : 20			
	Abscess /			
10/6/2018	Obturation			
	16/11/18			
	for Roa Tx			
	Blood work requested			
26-7-2019	جاءت النتيجة تنكر من ساكتور post + core ١١/١١/١٩			
	4+			
	Carbon case			
	CARBON (250)			
23.10.2019	Meso line 1K.(1m)			

Dr. MOHAMAD-FAYEZ BADAWI  
D500047  
Specialist Dermatology

D. Amine

د. أمينة حنين  
Dr. Amira Hassan  
معالجته طبيب الأسنان العام

Dr. Wisam G.P. General Dentist  
MOR License No: 101780  
Dr. Mohamad Medical Centre  
Dent. Orchard Medical Specialist  
MOR License No: 10226  
Orchid Medical Centre



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

600.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002229)

Date: 07-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000587 - ANOOD ADNAN AL BIDH - 971509666861

The sum of Dhs. Six Hundred Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 600.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 07-01-2019

Being AGAINST INVOICE NO:711

Made by Ghada

**Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

300.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002230)

Date: 07-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000587 - ANOOD ADNAN AL BIDH - 971509666861

The sum of Dhs. Three Hundred Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 300.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 07-01-2019

Being AGAINST INVOICE NO : 1983

Made by Ghada

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

300.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002231)

Date:07-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000587 - ANOOD ADNAN AL BIDH - 971509666861

The sum of Dhs. Three Hundred Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 300.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 07-01-2019

Being AGAINST INVOICE NO : 2920

Made by Ghada

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

**TAX INVOICE (NO. INV-C005106)**

Patient File # : 1000587  
 Patient Name : ANOOD ADNAN AL BIDH  
 Doctor : DR.AMIRA  
 VAT Reg # : 100479302000003

Visit Date : 25-07-2019  
 Insurance : Cash  
 Invoice Date : 25-07-2019

Sl.No	Code	Service	Unit Price	Quantity	Gross	Discount	VAT %	VAT Amount	Net
1.	CPT039	Zircon Crown (Per Unit)	1,000.00	1	1,000.00	500.00	5.00	25.00	500.00
<b>Gross Total (in AED)</b>									<b>500.00</b>
<b>Discount (in AED)</b>									<b>500.00</b>
<b>Net Total (in AED)</b>									<b>500.00</b>
<b>VAT TOTAL</b>									<b>25.00</b>
<b>NET + VAT TOTAL</b>									<b>525.00</b>
<b>Balance (in AED)</b>									<b>525.00</b>
<b>Advance Balance (in AED)</b>									<b>0.00</b>

**Prepared By**

50 % DISCOUNT ZIRCON CROWN + VAT

**Patient Signature**

Kindly note that this automated and uniquely dated invoice is payable on this visit before leaving the Center deposit will be automatically deducted upon settlement.

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**

## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

جهاز Q-Switch Laser أقر أنا الحلوة Abood Adwan بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لاجراء العلاج باستخدام

ليزر ال ■ التقشير الكروني باستخدام لوشن الكروني يتبعه التقشير بالليزر هو احد الإستراتيجيات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشعر الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، احمرار الجلد، إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تتبع الحبوب، توضع مسلمات الجل، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معصهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وحصلت مراجعة كل 3-6 اشهر.

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكروني، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بفضل لوشن الكروني مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تقشير الشعر.

. إزالة فطريات الاصافر (الوضع A)

. بئر إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوترينيوين (الأكوتان) خلال ال6 اشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

. الأمراض الجلدية والإتهابت و الأورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإيدز و التهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

. البهاق.

أفهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجحة ان تتحقق بعد الجلسة الاولى. ولا يتضمن الطبيب رضاي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الى اهاء خطة العلاج، و انا افهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي لليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد العلاج.وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي بالكامل.

أفهم ان كما هناك منافع للاجراء المطلوب. افهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الالتئام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

أفهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت، تأثيرات مشابهة لتأثيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الى عدة أيام فقط. تغيرات صبغية ( بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الى ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكك، الم،حكة، التهاب،ندوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية أثناء العلاج . وعلى ايضا ابقاء عينايا مغطتان أثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات التخدير.

لقد تم شرح العلاج بكامله وفترة ومضاعفاته المحتملة، وقد تمت الإجابة على جميع اسئلتني وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التوقيع:

التاريخ:

اسم المريض/ولي امر المريض:

ورقة موافقة على علاج الميزوثيرابي

التاريخ: \_\_\_\_\_

انا السيد/السيدة \_\_\_\_\_ أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الميزوثيرابي و كل التفاصيل المتعلقة به،و الغاية من الاستخدام و على ما يحتويه.

لقد تم ابلاغي تحديدا عن ما يلي:

سوف يظهر بعد العلاج بعض من ردود الفعل او علامات من الشائع حدوثها و التي تشمل على: احمرار، تورم، شعور بالحك و الألم و سوف تكون المنطقة المحقونة طرية نوعا ما. بشكل عام تكون هذه العلامات بدرجة معتدلة الى خفيفة و سوف تختفي و سوف تلقاء نفسها بعد عدة أيام بعد الحقن.

يوجد بعض من ردود الفعل او العلامات النادر حدوثها و هي: قد يتحسس البعض في المنطقة المحقونة بعد يوم او يومين من يوم الجلسة. ذلك التحسس قد يحتوي على تورم و احمرار و من النادر ظهور بعض الحبوب. هذه العلامات من المحتمل ان تظهر بعد عدة أيام من جلسة الحقن بشكل معتدل الى خفيف و سنختفي بعد 5 الى 7 أيام كما ورد في تقارير سابقة.

لقد تم ابلاغي أيضا بأنه اعتمادا على المنطقة المراد حقنها و نوع البشرة و درجة المشكلة التي تعاني منها بشرتي، سوف يتم تحديده عدة جلسات (تقريبا من 4 الى 8 جلسات). المتابعة و المراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج و التصحيح.

إنني أفهم مدى اهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء او تأجيل المواعيد. وأيضا أفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبدل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور او الوصف المرفق

نعم لا

التوقيع: \_\_\_\_\_

اسم المريض: صند البغف

التوقيع: \_\_\_\_\_

اسم المعالج: \_\_\_\_\_