

File No#: 1008598 Date: 26-5-2018

Patient Name: Hanaa Mansour اسم المريض:

Gender (الجنس): M / F

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 30-8-1986

Nationality (الجنسية): Comoros

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Phone No. (رقم الهاتف): 0509696022

MAIL: _____

How Did You Know About Us? Instagram

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الاجابة على الاسئلة التالية بدقة:-

1- ما هو الوصف الانسب 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؟ لا نعم لا

3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا بسيط (الهرس) أو بقور الحصى أو التقرحات في منطقة العلاج؟ لا نعم لا

4- هل تناولت عقار "الايكوتان / اليسوترينوتين" خلال الست أشهر الماضية؟ لا نعم لا

5- هل استخدمت عقار " ريتين اي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروروكورتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج؟

لا نعم لا

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

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

وأنا أفهم 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.

أفهم انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أفهم ان هنالك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتهم تماما كافة الأخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و اتهم لاحتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

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

ان أي معلومات أقدّمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الإطلاع 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 26/5/2018

Date:

Dentist Signature:

توقيع الطبيب المختص:

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:



United Arab Emirates

دولة الإمارات العربية المتحدة

Driving License

رخصة القيادة



سلطة الترخيص
MITR312814
Licensing Authority



رقم الرخصة الرقم	275192
الاسم Name	HANAA MANSOUR J. ALHAMADI
جنس Nationality	COMOROS
تاريخ الميلاد Date of Birth	30-08-1980
تاريخ الإصدار Issue Date	06-05-2001
تاريخ الانتهاء Expiry Date	11-12-2022
جهة الإصدار Place of Issue	SHARJAH



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 350.00	RECEIPT VOUCHER (No. REC-000687)	Date: 26-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000598 - HANAA MANSOUR - 971509696022		
The sum of Dhs. Three Hundred Fifty Only		
By Cash 350.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 26-05-2018
Being		
Made by Ghada		

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae