

File No#: 1000615 Date: 3/June/2018
اسم المريض: _____
Patient Name: Woraija Rashid Al khatti Gender (الجنس): M / F
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 18/2/1991 Occupation (الوظيفة): _____
Nationality (الجنسية): UAE Emirate Phone No. (رقم الهاتف): 050 2333 650
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single
E. MAIL: R_xhx@outlook.com
How Did You Know About Us? Social media

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؟ لا نعم لا
- 3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج؟ لا نعم لا
- 4- هل تناولت عقار "الأكوتان / الايسوترتينوين" خلال الست أشهر الماضية؟ لا نعم لا
- 5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلايكلوكريك أو الهاليدروكورتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج؟
لا نعم لا

Circle areas to be treated:

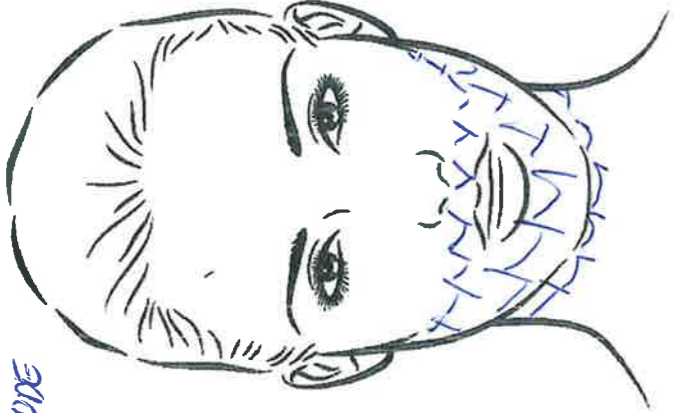
Other _____

LHR HALF FACE FDP MODE

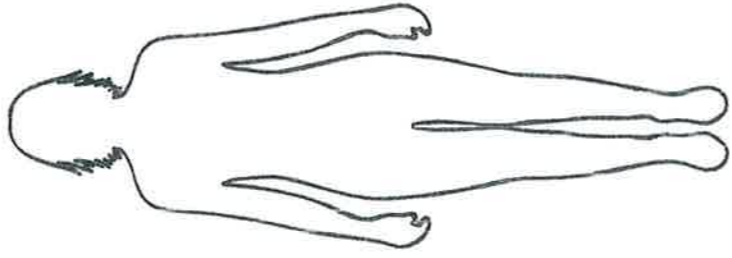
5J/cm² SHORT, 6Hz

START: 3:30 PM

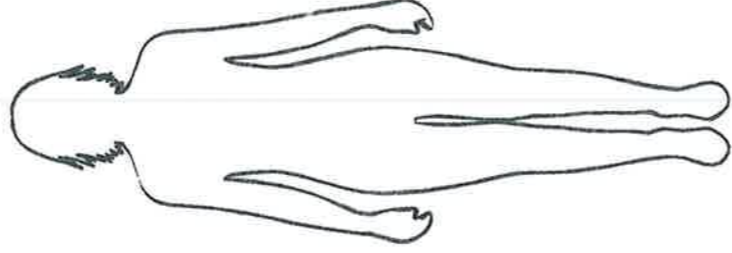
END: 4 PM



Front




Back





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 150.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000716)	Date:03-06-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000615 - WORAIUA AL KETBI - 0502333650		
The sum of Dhs. One Hundred Fifty Only		
By Cash 150.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 03-06-2018
Being		
Made by  Ghada KC		

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