

File No#: 1000740 Date: 12/7/2018
Patient Name: Faten Ali اسم المريض:
Date of Birth: 6/10/1982 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): EGYPT Marital Status (الحالة الاجتماعية):
Phone No. (رقم الهاتف): 0526178962
E. MAIL:
How Did You Know About Us? Ghada's Sister

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

يبرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

- 1- ما هو الوصف الأنسب 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 تظهره 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 "الأكيوتان / الأيسوترتينين" خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا
5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروركوينون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟ نعم لا
6- هل قمت بنق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطة العلاج خلال الست أسابيع الماضية ؟ نعم لا.
7- متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس المباشرة لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير ؟

8- هل استخدم / مين اي مستحضرات تسمير البشرة ؟ نعم لا ومتى كان آخر استخدام لها ؟

9- هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم لا

10- هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية ؟ نعم لا.

11- ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشرك حاليا؟

12- هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم لا

للتساءل:

13- هل انت حامل؟ نعم لا

14- هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ 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 اسمح 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 الإجراءات الطبية الإضافية 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.

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

أتفهم أنه ليس هناك 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 الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم ان هناك رسوم الادنى 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 :

التاريخ: 

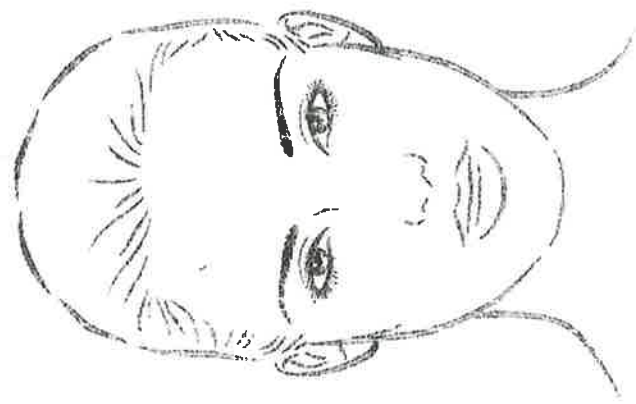
12/7/2018 توقيع الطبيب المختص:

Circle areas to be treated:

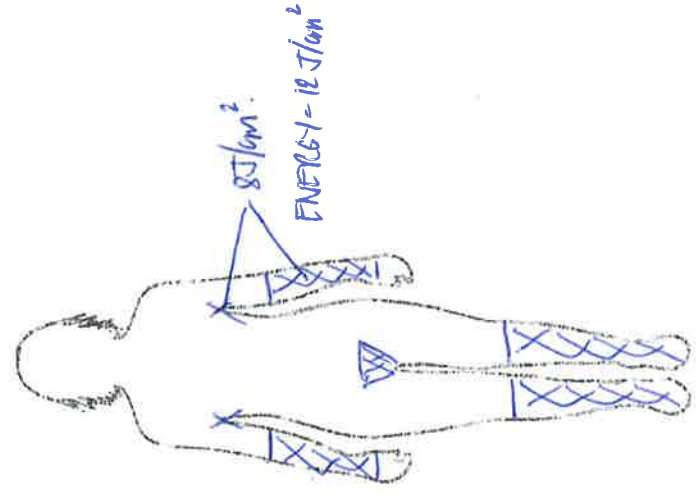
Other

12 JULY 2018

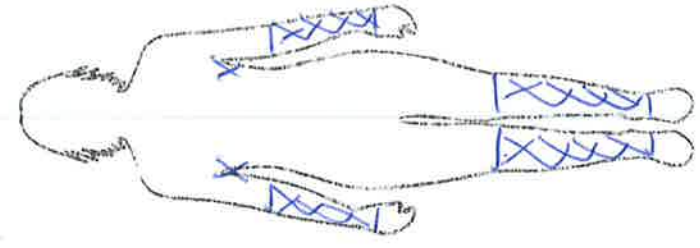
VHT (SOPRANO ICE)



Front



Back



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	Eiman Abouelfetouh,Aly Elsayed,,Abouelminin	IDN:	784198295272821	Mother Name:	
Name (Ar)	ايمان ابو الفتح علي السيد ابو العنين	Card Number:	082133671	Mother Name (Ar):	
Title		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	16/02/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	14/02/2019	Date of Birth:	06/10/1982	Sponsor Name:	حجازى الحشقرات الهنمبه
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120172021339	Residency Expiry:	14/02/2019
ID Type:	IL	Occupation:	2142	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

7/12/2018