



وحدة العلاج الضوئي : ورقة متابعة دفع رسوم العلاج للمرضى غير الكويتيين

الجنس:

الإسم:

تاريخ الميلاد:

رقم الملف:

لإستعمال الطبيب المعالج

<u>Course No.:</u>		لوضع خاتم دفع الرسوم:	Treatment Type: <input type="checkbox"/> UVB <input type="checkbox"/> UVA <input type="checkbox"/> Topical PUVA <input type="checkbox"/> Systemic PUVA
Date of start of treatment course	Date of end of treatment course	Remarks	Doctor's Signature & Stamp
/ /	/ /		

<u>Course No.:</u>		لوضع خاتم دفع الرسوم:	Treatment Type: <input type="checkbox"/> UVB <input type="checkbox"/> UVA <input type="checkbox"/> Topical PUVA <input type="checkbox"/> Systemic PUVA
Date of start of treatment course	Date of end of treatment course	Remarks	Doctor's Signature & Stamp
/ /	/ /		

<u>Course No.:</u>		لوضع خاتم دفع الرسوم:	Treatment Type: <input type="checkbox"/> UVB <input type="checkbox"/> UVA <input type="checkbox"/> Topical PUVA <input type="checkbox"/> Systemic PUVA
Date of start of treatment course	Date of end of treatment course	Remarks	Doctor's Signature & Stamp
/ /	/ /		

<u>Course No.:</u>		لوضع خاتم دفع الرسوم:	Treatment Type: <input type="checkbox"/> UVB <input type="checkbox"/> UVA <input type="checkbox"/> Topical PUVA <input type="checkbox"/> Systemic PUVA
Date of start of treatment course	Date of end of treatment course	Remarks	Doctor's Signature & Stamp
/ /	/ /		