

Cosmique Aesthetic and Dermatology Clinic

FILLERS CONSENT FORM / نموذج موافقة حقن الفيلر

Patient Name / اسم المريض: _____
Date of Birth / تاريخ الميلاد: _____
Contact Number / رقم التواصل: _____
Procedure Date / تاريخ الإجراء: _____

1. Introduction / المقدمة

English:

This consent form explains the dermal filler procedure, its benefits, and possible risks. Please read carefully and ask if you have any questions.

Arabic:

يوضح هذا النموذج معلومات حول إجراء حقن الفيلر، فوائده، ومخاطره المحتملة. يرجى قراءته بعناية وطرح أي أسئلة عند الحاجة.

2. Procedure / الإجراء

English:

Dermal fillers are injectable treatments used to restore facial volume, smooth fine lines, and enhance facial contours.

Arabic:

حقن الفيلر هي علاجات تجميلية تُستخدم لاستعادة حجم الوجه، وتنعيم الخطوط الدقيقة، وتحسين ملامح الوجه.

3. Risks and Side Effects / المخاطر والآثار الجانبية

English: Possible temporary side effects include:

- Redness or swelling
- Bruising
- Tenderness
- Asymmetry

- Lumps or irregularities
- Allergic reactions
- Infection
- Vascular complications (rare)

Arabic: الآثار الجانبية المحتملة تشمل:

- احمرار أو انتفاخ
 - كدمات
 - ألم بسيط
 - عدم تناسق
 - تكثرات أو نقوءات
 - ردود فعل تحسسية
 - التهابات
 - انسداد الأوعية الدموية (نادر)
-

4. Treatment Expectations / توقعات العلاج

English:

Results vary by skin type and lifestyle. Fillers are not permanent and maintenance sessions may be needed.

Arabic:

قد تختلف النتائج حسب نوع البشرة ونمط الحياة. الفيلر ليس دائماً وقد يتطلب جلسات متابعة.

5. Medical Information / المعلومات الطبية

English:

I confirm that I have informed the practitioner about:

- Allergies
- Medications or supplements
- Previous aesthetic treatments
- Medical conditions or pregnancy/breastfeeding

Arabic:

أؤكد أنني أعلمت الطبيب عن:

- أي حساسية
- الأدوية أو المكملات
- العلاجات التجميلية السابقة
- أي حالة طبية أو الحمل/الرضاعة

6. Consent / الموافقة

English:

I understand the procedure, risks, benefits, and alternatives. All questions have been answered. I voluntarily consent to receive dermal fillers.

Arabic:

أفهم الإجراء ومخاطره وفوائده والبدائل المتاحة. وتمت الإجابة عن جميع أسئلتني. أوافق طوعاً على إجراء حقن الفيلر.

Patient Signature / توقيع المريض: _____

Date / التاريخ: _____

Practitioner Name / اسم الطبيب: _____

Signature / التوقيع: _____