



Date

Intravenous (IV) Therapy Consent Form

(IV) الوريدي الحقن لعلاج الموافقة نموذج

Patient Information:

Patient Name: _____

Procedure Information:

I voluntarily consent to receive Intravenous (IV) Therapy, which involves the administration of fluids, vitamins, minerals, and/or medications directly into my bloodstream. IV therapy is intended to support hydration, nutrient levels, and overall wellness, but is not a substitute for medical treatment.

معلومات المريض:

اسم المريض: _____

معلومات الإجراء:

أو الأدوية مباشرة إلى مجرى الدم، الذي يتضمن إعطاء السوائل، الفيتامينات، المعادن، و(IV) أوافق طوعيا على تلقي العلاج الوريدي.
العلاج الوريدي يهدف إلى دعم الترطيب، مستويات العناصر الغذائية، والصحة العامة، ولكنه ليس بديلاً عن العلاج الطبي.

Potential Benefits of IV Therapy:

- Hydration and replenishment of essential nutrients
- Enhanced energy levels and immune support
- Skin rejuvenation and anti-aging benefits
- Recovery from fatigue, dehydration, or exertion

الفوائد المحتملة للعلاج الوريدي:

- الترطيب وإعادة تزويد العناصر الغذائية الأساسية
- تعزيز مستويات الطاقة ودعم المناعة
- تجديد البشرة وفوائد مكافحة الشيخوخة
- التعافي من التعب، الجفاف، أو الإجهاد

Potential Risks & Side Effects:

- Mild discomfort, bruising, or swelling at the injection site
- Infection, inflammation, or allergic reaction
- Vein irritation (phlebitis) or temporary dizziness
- Rare but serious risks such as blood clots or fluid overload

المخاطر والأثار الجانبية المحتملة:

- إزعاج خفيف، كدمات، أو تورم في موقع الحقن
- عدوى، التهاب، أو رد فعل تحسسي
- أو الدوار المؤقت (التهاب الوريد) تهيج الوريد
- مخاطر نادرة ولكنها خطيرة مثل تجلط الدم أو زيادة السوائل

Patient Acknowledgment:

I confirm that:

- I have disclosed my full medical history, including allergies, current medications, and any existing conditions.
- I understand that IV therapy is not a cure or guaranteed treatment for any condition.
- I have been informed of alternative treatment options.
- I have had the opportunity to ask questions and received satisfactory answers.
- I agree to follow all post-care instructions provided by the clinic.

إقرار المريض:

أؤكد أنني:

- قد كشفت عن تاريخي الطبي بالكامل، بما في ذلك الحساسية، الأدوية الحالية، وأي حالات موجودة.
- أفهم أن العلاج الوريدي ليس علاجاً أو علاجاً مضموناً لأي حالة.
- تم إخباري بخيارات العلاج البديلة.
- أتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة وتلقيت إجابات مرضية.
- أوافق على اتباع جميع تعليمات ما بعد الرعاية المقدمة من العيادة.

Photographic Consent:

I agree to allow photographs to be taken before, during, and after the procedure for educational or promotional purposes.

موافقة على التصوير:

أوافق على السماح بأخذ صور قبل وأثناء وبعد الإجراء لأغراض تعليمية أو ترويجية.

Consent & Release:

I release Cosmique Aesthetics and Dermatologic Clinic, its medical staff, and affiliates from any liability arising from this treatment, provided all procedures are performed with due care and professionalism.

الموافقة والإفاءة:

أفرج عن عيادة كوزميك للتجميل والجلدية، طاقمها الطبي، وشركائها من أي مسؤولية تنشأ عن هذا العلاج، شريطة أن تتم جميع الإجراءات بعناية واحترافية.

Signatures:

Patient Signature: _____ Date: _____

Practitioner Signature: _____ Date: _____