



(IV) الوريدي الحقن لعلاج الموافقة نموذج

Patient Name: _____

اسم المريض: _____

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

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

- إزعاج خفيف، كدمات، أو تورم في موقع الحقن
- عدوى، التهاب، أو رد فعل تحسسي
- أو الدوار المؤقت (التهاب الوريد) تبيج 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 الحساسيات، 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 والإعفاء:

أفرض 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: _____