

Cosmique Aesthetics and Dermatologic Clinic

BOTOX CONSENT FORM

Patient Information:

Patient Name: _____

Date of Treatment: _____

Introduction

I, the undersigned, consent to the administration of botulinum toxin injections (BOTOX) for aesthetic purposes. I understand that BOTOX is a medical procedure, and I have been informed of the possible risks and benefits involved.

التعريف

. أنا الموقع أدناه، أوافق على إعطاء حقن توكتين البوتولينوم (باليوكس) لأغراض تجميلية. أفهم أن اليوكس هو إجراء طبي، وتم اعلامي بالمخاطر والفوائد المحتملة المتعلقة به.

Purpose of BOTOX Treatment

BOTOX injections are used to reduce the appearance of fine lines and wrinkles by temporarily relaxing the underlying muscles. It is commonly used for cosmetic purposes on the forehead, around the eyes (crow's feet), and between the eyebrows (frown lines).

الغرض من علاج اليوكس

تُستخدم حقن اليوكس لتقليل ظهور الخطوط الدقيقة والتجاعيد عن طريق استرخاء العضلات الأساسية مؤقتًا. يتم استخدامها عادةً لأغراض تجميلية على الجبهة وحول العينين (خطوط الصدح)، وبين الحاجبين (خطوط العبروس).

Potential Risks and Side Effects

While BOTOX is generally considered safe, there are potential risks and side effects that can occur. These include, but are not limited to:

- Pain, redness, or swelling at the injection site
- Headache or flu-like symptoms
- Drooping eyelid or eyebrow
- Muscle weakness in the area treated

المخاطر والآثار الجانبية المحتملة

: بينما يُعتبر اليوكس أمّاً بشكل عام، هناك مخاطر وأثار جانبية محتملة قد تحدث. وتشمل هذه، على سبيل المثال لا الحصر

- ألم أو احمرار أو تورم في موقع الحقن
- صداع أو أعراض شبيهة بالإنتلوزا
- تدلي الجفن أو الحاجب
- ضعف العضلات في المنطقة المعالجة

Photography and Video Consent

I give my consent for the clinic to take before-and-after photographs or videos of the treatment areas for the purpose of medical documentation, education, and marketing purposes. These images and videos may be used on social media or in promotional materials. I understand that my personal information will not be shared without my consent.

موافقة على التصوير والفيديو

أوافق على أن يأخذ العيادة صوراً أو مقاطع فيديو قبل وبعد علاج المناطق المعالجة لغرض التوثيق الطبي والتعليم واستخدامها لأغراض ترويجية. قد تُستخدم هذه الصور والفيديوهات على وسائل التواصل الاجتماعي أو في المواد الترويجية. أفهم أن معلوماتي الشخصية لن يتم مشاركتها دون موافقتي.

Post-Treatment Care

Following BOTOX injections, I agree to follow the aftercare instructions provided to me by the healthcare provider. This may include avoiding rubbing or massaging the treated area, staying upright for a few hours after the procedure, and refraining from vigorous exercise for 24 hours.

رعاية ما بعد العلاج

بعد حقن البوتوكس، أوافق على اتباع تعليمات الرعاية بعد العلاج التي يقدمها لي مقدم الرعاية الصحية. قد يتضمن ذلك تجنب فرك أو تدليك المنطقة المعالجة، البقاء في وضعية الجلوس لفترة بعد الإجراء، والامتناع عن ممارسة التمارين الشاقة لمدة 24 ساعة.

Acknowledgment of Understanding

I confirm that I have had the opportunity to ask questions regarding the BOTOX treatment and have received satisfactory answers. I acknowledge that I understand the potential risks and benefits of this procedure.

إقرار الفهم

أؤكد أنني قد حصلت على فرصة لطرح الأسئلة المتعلقة بعلاج البوتوكس وقد تلقيت إجابات مرضية. أقر بأنني أفهم المخاطر والفوائد المحتملة لهذا الإجراء.

Consent for Treatment

By signing below, I acknowledge that I have read and understood the information provided in this consent form. I voluntarily consent to the administration of BOTOX injections as described above.

موافقة على العلاج

بتوقيعني أدناه، أقر بأنني قرأت وفهمت المعلومات المقدمة في هذا النموذج. أوافق طواعية على إعطاء حقن البوتوكس كما هو موضح أعلاه.

Patient Signature: _____ Date: _____

Practitioner Signature: _____ Date: _____