

Cosmique Aesthetic and Dermatology Clinic

FILLERS CONSENT FORM / نموذج موافقة حقن الفيلر

Patient Name / اسما 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، ومخاطرها 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
- تكتلات أو نتوءات
- 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 ومخاطرها وفوائده والبدائل المتاحة. وتمت الإجابة عن جميع أسئلتي. أوافق طواعاً على إجراء حقن التفاف.

Patient Signature / توقيع المريض _____**Date / التاريخ** _____**Practitioner Name / اسم الطبيب** _____**Signature / التوقيع** _____