

Hydra Facial consent Form

نموذج موافقة هيدرا فيشل

Patient Name اسم المريض	:	Mavis Vermillion	Emirates ID هوية الإمارات	:	784-1991-4489987-2
File No رقم الملف	:	20	DOB تاريخ الميلاد	:	1991-01-01
Gender جنس	:	Female	Doctor's Name اسم الطبيب	:	Ahmad Irfan
			Date تاريخ	:	2024-02-15

I, the undersigned hereby consent to allow myself to undertake HYDRA FACIAL Treatment that combines cleansing, exfoliation, extraction, hydration, and antioxidant protection




أنا ، الموقع أدناه ، أوافق على السماح لنفسني بالقيام بإجراءات HYDRA FACIAL Treatment التي تمت مناقشتها خلال استشارتنا لغرض التنظيف والتقشير والترطيب والحماية من مضادات الأكسدة

1. I understand that I may experience temporary irritation, bruises, or redness which are all normal reactions that typically resolve in maximum of 10 days
2. I hereby acknowledge that I am advised to avoid excessive sun exposure and use a minimum of SPF 40 sunscreen
3. I am aware that these services will be provided to me by licensed doctors, nurses, physician's assistance, and other medical staff
4. I agree that if I should have any questions or concerns regarding my treatment results. I will notify the clinic immediately so that timely follow-up and intervention can be provided
5. I acknowledge that this treatment has been thoroughly explained to me in a detailed in all clear manner with its benefits and risks and other unknown and unexpected side effects from the procedure
6. All of my questions have been satisfactorily answered and I agree to adhere to all safety precautions and instructions after the treatment
7. Top Life Physiotherapy and Hijjama Center is not responsible for any complications that may occur due to non-compliance with the instruction required for this procedure
8. I hereby give my voluntary consent to undergo HYDRA FACIAL treatment and release Top Life Physiotherapy and Hijjama Center, its medical staff, and administrations from any liability associated with the procedure

1. أدرك أنني قد أعاني من تهيج مؤقت أو كدمات أو أحمرار وهي كلها ردود فعل طبيعية يتم حلها عادة خلال 10 أيام كحد أقصى
2. أقر بموجب هذا أنه ينصح بتجنب التعرض المفرط لأشعة الشمس واستخدام كريم حماية من الشمس بمعامل 40 على الأقل
3. أدرك أن هذه الخدمات سيتم تقديمها لي من قبل الأطباء والممرضات ومساعدتي الأطباء وغيرهم من الموظفين الطبيين المرخصين
4. أوافق على أنه إذا كان لدي أي أسئلة أو مخاوف بشأن نتائج علاجي ، سأقوم بإخطار العيادة على الفور حتى يمكن توفير المتابعة والتدخل في الوقت المناسب
5. أقر بأن هذا العلاج قد تم شرحه لي بشكل كامل ومفصل بكل وضوح مع فوائده ومخاطره وغيرها من الآثار الجانبية غير المعروفة وغير المتوقعة من هذا الإجراء لقد تمت الإجابة على جميع أسئلتي بشكل مرضي وأوافق على الالتزام بجميع احتياطات وتعليمات السلامة بعد العلاج
6. مركز توب لايف للعلاج الطبيعي والحجامة غير مسؤول عن أي مضاعفات قد تحدث نتيجة عدم الالتزام بالتعليمات المطلوبة لهذا الإجراء
7. تم شرح جميع طرق العلاج اللازمة لي بشكل مفصل وبكل طريقة واضحة والآثار الجانبية المحتملة قد تحدث بعض الأعراض الجانبية الغير معروفة والغير متوقعة في بعض الاحيان .
8. أمنح بهذا موافقتي الطوعية للخضوع لعلاج هيدرا فيشل وأعفي مركز توب لايف للعلاج الطبيعي والحجامة وطاقمه الطبي وإدارته من اي مسؤوليه مرتبطه بهذا الاجراء

"I agree that healthcare provider(s) involved in my care at this facility will access my health information through the Health Information Exchange System(NABIDH) in accordance with the Laws of the United Arab Emirates, Emirate of Dubai Legislation and Dubai Health Authority Policies "

أوافق بأن يقوم مزاولي المهن الصحية المشرفين علي تقديم خدمات الرعاية الصحية لي في هذه المنشأة. بالاطلاع علي معلوماتي الصحية في نظام تبادل المعلومات الصحية(نابض) وفقا للتشريعات السارية في دولة الامارات العربية المتحدة بشكل عام و اماره دبي بشكل خاص بما فيها القرارات الصادرة عن هيئة الصحة في دبي

Sign here, only if all of your questions have been answered to your satisfaction قم بالتوقيع هنا، فقط إذا تمت الإجابة على جميع أسئلتك بما يرضيك		
Patient مريض	witness	Doctor طبيب
		
Patient Name اسم المريض Mavis Vermillion Date تاريخ 2024-02-15 (09:45 - 10:00)	Witness Name اسم الشاهد eeeeerrrr Date تاريخ 2024-02-15 (09:45 - 10:00)	Doctor's Name اسم الطبيب Ahmad Irfan Date تاريخ 2024-02-15 (09:45 - 10:00)

