

## **General Consent Form** نموذج الموافقة العامة Patient Name **Emirates ID** 784-2543-5254612-1 Aswathi Vipin اسم المريض هويه الإمارات File No Nationality 1991-11-21 Indian رقم الملف تاريخ الميلاد حنسية Gender Doctor's Name Date Female test test 2024-02-23 اسم الطبيب تاريخ جنس

## **General Consent Form**

I Aswathi Vipinhave been informed and I understand to my satisfaction, about the treatment

To Treat ddddddddd and the reasons for it being performed, what the treatment will entail and that  $\mathbf{T}$ :

- Have read and understood the information provided in this form
- Consent and authorize VISION MEDICAL & DENTAL CENTER (Abu Dhabi) to perform the treatment for me.
- Consent to photographs of the treated area (optional)
- Understood all post treatment recommendation and agree to adhere to them.
- Must notify the healthcare professional if my medical history changes prior to subsequent treatments.
- Know that the procedure is purely elective and there is no guarantee in the results of any medical procedures including face and body treatments.
- Know that incase of obesity, the number of sessions required are unknown; and it may require some medical investigation and appropriate treatment.
- Freely assume any risks of complications or injury from known or unknown causes associated with, relating to, or otherwise arising out of this procedure.

نموذج الموافقة العامة

أقر أنا Aswathi Vipin بإطلاعي على نوعية وطبيعة

علاج sssssssssssssssssssssssss الـذي سأتلقاه وأتفهم تماماً الأسباب التي دعت إليه وما يترتب على ذلك وأؤكد :

- أنني قد إطلعت وفهمت فحوى المعلومات الواردة في هذه الاستمارة.
- أوافــق وأفــوض الأطبــاء المتخصصــين في VISION MEDICAL & DENTAL CENTER (Abu Dhabi) ليقدموا لي العلاج اللازم
  - أوافق على تصوير موضع العلاج (إختياري)
- على علم تام بكل توصيات العلاج اللاحقة وأوافق على التقيد والإلتزام بذلك
- يجب علي "أن أخطر المختصين والمسؤولين بأي تغير يطرأ على وضعي الصحي قبل العلاجات اللاحقة
- أعلم أن العلاج المطلوب قد تم بمحض إختياري وأنه ليس هناك ضمان لنتائجه بما في ذلك الخطوات العلاجيه المتعلقة بالوجه والجسم
- أعلم أنه في حالة السمنة فإن عدد الجلسات المطلوبة غير محدد وقد يتطلب الأمر بعض الفحوصات الطبية والعلاج المناسب
- أدرك تماماً إحتمال حدوث أية مضاعفات أو تعقيدات أو إصابات تنجم عن مصادر معروفة أو غير معروفة ذات صلة أو تنجم عن العلاج المتبع

- Know and believe that there are no liabilities in any form on VISION MEDICAL & DENTAL منعلم ونعتقد أنه لا توجد أي التزامات بأي شكل من VISION MEDICAL & DENTAL الأشكال على CENTER (Abu Dhabi) in case of any side effects arising indirectly as a result of the treatment
- Understand that VISION MEDICAL & DENTAL VISION MEDICAL & DENTAL (Abu Dhabi) follows a strict no refund (CENTER (Abu Dhabi) follows a strict no refund الإطلاق

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 مریض	Doctor طبیب
Patient Name اسـم المريض Aswathi Vipin Indicate relationship تشير إلى العلاقة ddddddddd Date تاريخ 2024-02-23	Doctor Name اسم الطبيب test test - Laser (1) Date تاريخ 2024-02-23

