

## E-Matrix Consent Form

### E-Matrix اقرار بالموافقة على العلاج بجهاز

Patient Name اسم المريض	:	hima bindhu	Emirates ID هوية الإمارات	:	784-3229-9977333-3
File No رقم الملف	:	10	DOB تاريخ الميلاد	:	2000-09-29
Gender جنس	:	Female	Doctor's Name اسم الطبيب	:	Doctor Vision
			Date تاريخ	:	2023-11-29

I duly authorize hima bindhu to perform  
**E-MATRIX TREATMENT**

hima  
bindhu أوافق  
على السماح  
للطبيب /  
الاخصائية  
للعلاج أي  
ماتريكس

hima bindhu I understand that E-Matrix is a device used for dermatological procedures requiring ablation of soft tissue and skin resurfacing, of which I am consenting to be a patient receiving treatment.

hima  
bindhu أفهم  
E- Matrix جيداً بأن ال  
هو عبارة عن  
عن جهاز يستخدم  
لعلاجات امراض  
جلدية تتطلب ازالة  
الأنسجة اللينة  
وتقشير الجلد، و  
أوافق على تلقي  
العلاج بواسطة هذا  
الجهاز.

hima bindhu I understand that clinical results may vary depending on individual factors, including but not limited to medical history, skin type, patient compliance with- and post-treatment instructions, and individual response to treatment.

hima bindhu  
أفهم أن النتائج  
السريرية قد  
تختلف تبعاً لعوامل  
فردية، بما في ذلك  
التاريخ الطبي، نوع  
الجلد، وامتثال  
المريض لتعليمات  
بعد العلاج،  
والاستجابة الفردية  
للعلاج

hima bindhuI understand that there is a possibility of short-term or long term effects such as reddening, swelling, blister formation, temporary discoloration of the skin, as well as the possibility of rare side effects such as burn, scarring and permanent discoloration. These effects have been fully explained to me.

hima bindhu  
أتفهم أن هناك  
إمكانية للآثار  
الجانبية علي  
المدى القصير أو  
على المدى  
الطويل مثل احمرار  
وتورم، وتشكيل  
بثرة، وتلون مؤقت  
في الجلد، فضلا  
عن إمكانية آثار  
جانبية نادرة مثل  
حرق، تندب وتلون  
دائم. وقد تم شرح  
هذه الآثار تماما  
بالنسبة لي

hima bindhuI understand that the treatment with the E-Matrix involves a series of treatments and the fee structure has been fully explained to me.

hima bindhu  
أتفهم أن العلاج مع  
أي مـاتريكس  
ينطوي على  
سلسلة من  
العلاجات وتم شرح  
الرسوم و تكلفة  
هذا العلاج أصبحت  
واضحة تماما  
بالنسبة لي

hima bindhuI have met with the Doctor/Specialist who is overseeing my treatment and discussed the treatments and procedures.

hima bindhu  
لقد تم شرح  
تفاصيل العلاج  
والاجراءات من قبل  
الطبيب /الـد خـصـا  
ئي (ة) الـبـذـي  
بشرف على  
علاجي و تمت  
الاجابة عن جميع  
استفساراتي

hima bindhuI certify that I have been fully informed of the nature and purpose of the procedure, expected outcome and possible complications.

hima bindhuأقر  
بانني علم تام  
لطبيعة والغرض  
من الإجراء، النتائج  
المتوقعة  
والمضاعفات  
المحتملة

hima bindhuI understand no guarantee can be made as to the final results obtained.

hima bindhu  
أتفهم جيدا أنه  
لايوجد ضمانات  
للحصول على  
النتائج المتوقعة

hima bindhuI am fully aware that my condition is of cosmetic concern and that the decision to proceed is based solely on my expressed desire to do so.

hima bindhu  
أدرك تماما أن  
الاجراء هو عملية  
تجميلية و قرار  
المضي قدما فقط  
تم بناء على  
رغبتني و أرغب  
متابعة هذا الاجراء

hima bindhuI certify that I have thoroughly read and understand the contents of this form and disclosures listed above were made to me.

أقر hima bindhu بأنني قد قرأت بدقة و تفهمت محتويات هذا النموذج والإفصاحات المذكورة أعلاه قدمت لي

hima bindhuI consent to allow this form to be valid for all E-Matrix treatments for a period of 1 year from the date on this consent.


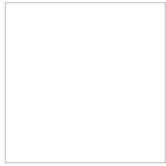
أوافق hima bindhu على السماح لهذا النموذج بان يكون صالح لجميع علاجات أي ماتيريكس لمدة سنة واحد من التاريخ المذكور أدناه

hima bindhu PROMOTION POLICIES:

السياسات المتبعة hima bindhu أثناء العروض الترويجية

hima bindhuI certify that I have thoroughly read and understood the promotion offer for E-matrix is to be scheduled within the maximum of 2 months from the first session after that I will not be eligible to get the second free session.

أقر hima bindhu بأنني قد قرأت بدقة و تفهمت العرض الترويجي للأي ماتيريكس و هو أن العرض ساري لمدة شهرين فقط من تاريخ الجلسة الأولى بعد انتهاء المدة لن أكون مؤهل(ة) للحصول على الجلسة المجانية الثانية

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	Doctor طبيب
	
Patient Name اسم المريض hima bindhu  Date تاريخ 2023-11-29	Doctor Name اسم الطبيب Doctor - Laser (DHA101)  Date تاريخ 2023-11-29