

## Laser Consent Form

### نموذج موافقة الليزر

|                            |   |             |                              |   |                    |
|----------------------------|---|-------------|------------------------------|---|--------------------|
| Patient Name<br>اسم المريض | : | Reshma Siya | Emirates ID<br>هوية الإمارات | : | 784-6478-3648736-8 |
| File No<br>رقم الملف       | : | 4           | DOB<br>تاريخ الميلاد         | : | 1995-05-21         |
| Gender<br>جنس              | : | Female      | Doctor's Name<br>اسم الطبيب  | : | Ahmad Irfan        |
|                            |   |             | Date<br>تاريخ                | : | 2024-03-04         |

1. Laser Hair Removal is more effective on black and thick hair. It does not work at all on white, fine and lighter hair.
  2. Laser Hair Removal only affects a certain phase(active phase) The effectiveness of each session will show after 3 weeks session.
  3. In some cases especially with men (beard) there is no guarantee to have a straight neck line
  4. Time between each session is necessary (usually 4-8 weeks )
  5. The hairs will not necessarily decrease after each treatment.
  6. LHR may result in the following side effects like: burn , scars , hyperpigmentation, itching, swelling of the skin and increase of white hair.
  7. Side effects can be diminished with time but in some cases may stay longer or even permanent. May stay may stay longer or even permanent.
  8. In some cases laser may cause increase in hair growth and thickness.
  9. History of any Dermal Fillers / Botox or Tattoos must be informed
  10. Protective eyewear (shields) will be provided to you during the treatment. Failure to wear eye shields during the entire treatment may cause severe and permanent eye damage Laser treatments are not advised for pregnant women.
  11. Laser treatments are not recommended right before an important event because reactions vary after each session.
  12. The number of sessions on different areas varies from person to person therefore, results cannot be estimated.
  13. The results are staged, no guarantees can be or have been made.
1. ليزر إزالة الشعر فعال بشكل كبير على الشعر الاسود ولا يكون فعال على الشعر الابيض والفتح . والكثيف
  2. يؤثر ليزر إزالة الشعر فقط في مرحلة معينة (المرحلة النشطة ). ستظهر النتيجة وفعاليتها بعد 3 اسابيع.
  3. في بعض الحالات وخاصة (دقن) الرجال لا يوجد ضمان في الحصول على خط مستقيم للعنق
  4. الوقت بين كل جلسة والاخرى يجب أن تكون من 4 الى 8 اسابيع حسب حالة كل شخص.
  5. ليس من الضروري أن ينقص الشعر بعد كل جلسة
  6. قد يصاحب الليزر اثار جانبية مثل: الحروق , الندبات,التصبغات,الحكة, تورم وزيادة في الشعر الأبيض
  7. عادة قد تختفي هذه الاعراض بمرور الوقت ولكن في بعض الحالات قد تستمر لفترة اطول او حتى بشكل دائم
  8. في بعض الحالات النادرة قد يسبب الليزر زيادة في نمو الشعر وكثافته.
  9. يجب ابلاغنا في حال تم عمل أي إجراء جلدي ك: الفيلر,البوتوكس ,الوشوم .
  10. سيتم توفير نظارات واقية للعين أثناء العلاج . عدم ارتداء النظارات الواقية خلال العلاج من الممكن أن يسبب ضرر دائم وشديد للعين
  11. لا ينصح بعلاج الليزر للحوامل
  12. لا ينصح القيام مباشرة قبل حدث مهم لأن من الممكن أن تختلف ردود الأفعال بعد كل جلسة .
  13. عدد الجلسات يختلف من شخص لأخر وحسب المنطقة أيضا لذلك لا يمكن تقدير النتائج ولا يمكن تقديم اي ضمانات
  14. النتائج على مراحل, ولن يكون هناك ضمانات .لا يوجد مبالغ مستردة للخدمات المقدمة.
  15. سيتم اختيار جهاز الليزر المناسب لك من قبل الطبيب المختص

16. أنا شخص بالغ لا يقل عمري عن 18 عامًا (أو والدي أو الوصي القانوني يعطي الموافقة نيابة عني) ، علاوة على ذلك:

- تم شرح تعليمات ما قبل وبعد العلاج لي.
- لقد أتيت لي الفرصة لطرح الأسئلة وتمت الإجابة على جميع أسئلتني بما يرضيني.
- يجب إخطار الطبيب إذا تغير تاريخي الطبي قبل العلاجات اللاحقة.
- توقيعي أدناه بشكل إقراري وفهمي لجميع هذه المعلومات.

14. There are no refunds for services rendered.

15. Choice of suitable laser machine for the treatment is done by doctor.

16. I am a competent consenting adult of at least 18 years of age ( or my parents or legal guardian is giving consent on my behalf), and further:

- Pre and Post Treatment instructions have been explained to me.
- Have had the opportunity to ask questions and all of my questions have been answered to my satisfaction.
- Must notify the clinician if my medical history changes prior to subsequent treatments
- My signature below constitutes my acknowledgement and understanding of all this information.


أوافق على بدء إجراء علاج إزالة الشعر بالليزر من قبل أطباء وفني الليزر دون أدني مسؤولية علي إدارة مركز توب لايف للعلاج الطبيعي والحجامة.

I hereby authorize and direct Top Life Physiotherapy & Hijjama Center doctors and laser technicians to perform LHR treatment on me.

"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 امارة 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<br>مريض   | Parent/Guardian<br>الوالد/الوصي   | Doctor/Therapist<br>طبيب / معالج   |
|---|---|--|
|   |   |                           |
| Patient Name<br>اسم المريض<br>Reshma Siya<br><br>Date<br>تاريخ<br>2024-03-04 (10:45 - 11:00 ) | Parent/Guardian Name(if patient is minor)<br>اسم الوالد/الوصي (إذا كان المريض قاصرًا)<br>ertret<br><br>Date<br>تاريخ<br>2024-03-04 (10:45 - 11:00 ) | Doctor/Therapist Name<br>اسم الطبيب/المعالج<br>Ahmad Irfan<br><br>Date<br>تاريخ<br>2024-03-04 (10:45 - 11:00 ) |