

Profhilo/Royal Needle Consent Form نموذج الموافقة على بروفيلو/رويال نيدل

| | | | | | |
|----------------------------|---|----------------|------------------------------|---|--------------------|
| Patient Name اسم المريض | : | Alston Rebello | Emirates ID هوية الإمارات | : | 111-1111-1111111-1 |
| File No رقم الملف | : | 17 | DOB تاريخ الميلاد | : | 1996-06-20 |
| Gender جنس | : | Male | Doctor's Name اسم الطبيب | : | Ahmad Irfan |
| | | | Date تاريخ | : | 2023-12-15 |

I, the undersigned hereby consent to allow myself to undertake Profhilo,Royal Needle, Profound, Neofound, collagen,Instant Glow,Threads,Jalupro Injection,RRS Hyalift, 3D Microfillerprocedures which discussed during our consultation for the purpose of aesthetic enhancement

أنا ، الموقع أدناه ، أوافق على السماح لنفسي بالقيام بإجراءات البروفيلو .البروفاوند.الابره الملكيه.ابره الكولاجين.النيوفوند.ابره النضارة الفورية.الخيوط جاليبرو وابره الميكروفيللر التي تمت مناقشتها خلال استشارتنا لغرض التحسين الجمالي

1. Profhilo,Royal Needle, Profound, Neofound, collagen,Instant Glow,Threads, Jalupro Injection,RRS Hyalift, 3D Microfillerare temporary to long-lasting solutions administered through a few tiny facial injections on specific areas of the face

1. البروفـايلو .البروفاوند.الابره الملكيه.ابره الكولاجين.النيوفوند.ابره النضارة الفورية.الخيوط ,والابره الاسبانيه والميكروفيللر وابره جاليبروهي حلول مؤقتة إلى طويلة الأمد تدار من خلال عدد قليل من حقن الوجه الصغيرة في مناطق معينة من الوجه

2. I am aware that these services will be provided to me by licensed doctors, nurses, physician's assistance, and other medical staff

2. أدرك أن هذه الخدمات سيتم توفيرها لي من قبل أطباء وممرضات ومساعدة طبيب وطافم طبي آخر

3. Bruises, swelling, redness, allergic reaction are common and normal during and after the treatment and they will subside after a few hours

3. الكدمات والتورم والاحمرار والحساسية شائعة وطبيعية أثناء العلاج وبعده وستختفي بعد ساعات قليلة

4. I acknowledge that this treatment has been thoroughly explained to me in a detailed in all clear manners with its benefits and risks and others might happen from unknown and unexpected side effects from the procedure

4. أقر بأن هذا العلاج قد تم شرحه لي بالتفصيل وبكل طريقة واضحة مع فوائده ومخاطره وغيرها من الآثار الجانبية غير المعروفة وغير المتوقعة من الإجراء

5. 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. 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

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


6. تمت الإجابة على جميع أسئلتي بشكل مرضي وأوافق على الالتزام بجميع احتياطات وتعليمات السلامة بعد العلاج
7. مركز توب لايف للعلاج الطبيعي الحجامة غير مسؤول عن أي مضاعفات قد تحدث بسبب عدم الامتثال للتعليمات المطلوبة لهذا الإجراء

I hereby give my voluntary consent to undergo Profhilo,Royal Needle, Profound, Neofound, collagen,Instant Glow,Threads, Jalupro Injection,RRS Hyalift, 3D Microfillerand release Top Life Physiotherapy and Hijjama Center, its medical staff, and administrations from any liability associated with the procedure

بموجب موافقتي علي اجراء العلاج التجميلي وهي البروفيلو. البروفاوند.الابره الملكيه.ابره الكولاجين.النيوفوند.ابره النضارة الفورية. الخيوط وجالپرو والابره الاسبانية والميكروفيلر دون ادني مسؤولية علي مركز توب لايف الطبي والطاخم الطبي وادراته من اي مسؤولية مرتبطة بالاجراء

'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 '

'وافق بان 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 Alston Rebello Date تاريخ 2023-12-15 19:15 | Witness Name اسم الشاهد s Date تاريخ 2023-12-15 19:15 | Doctor's Name اسم الطبيب Ahmad Irfan Date تاريخ 2023-12-15 19:15 |