

Dermatology General consent Form

نموذج الموافقة العامة للأمراض الجلدية

Patient Name اسم المريض	:	Vision Test Patient	Emirates ID هوية الإمارات	:	784-6987-5266587-7
File No رقم الملف	:	2	DOB تاريخ الميلاد	:	2020-06-17
Nationality جنسية	:	Indian	Date تاريخ	:	2023-12-07
Gender جنس	:	Female	Doctor's Name اسم الطبيب	:	Ahmad Irfan

☒ Acne scar treatment

☒ Lipolysis injection

☒ Lip plumping(pinky lips)

☒ PRP(hair/derma)

☒ Botox

☒ Filler

☒ Texas

☒ Chemical peeling

☒ Mesotherapy

☒ Magic Threads

☒ Micro Filler

☒ Profound

☒ Royal Injection

☒ Visco Derm

☒ Prophilo

☒ IV Drip Therapy

☒ Buttocks Filler

☒ Threads

☒ Fiber Subsession

☒ Cell Proliferation (Regenera Treatment)

☒ Other

fhfgghfgghfgh

1. I hereby consent to allow myself to undertake the above-preferred treatment for the purpose of aesthetic enhancement
2. I have decided to have this treatment of my own accord with the sole intention and the potential benefits and possible risks associated with the procedure
3. I will provide accurate information of my medical history, including all known allergies or prescription drugs, or products I am currently ingesting or using topically
4. As with most of the medical procedures, I understand that any of the above procedures may have some allergic reactions or known and unknown side effects
5. I agree to follow all doctor's advice, instruction, recommendations, and other alternative treatment options after the procedures
6. I understand 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
7. Top Life Physiotherapy and Hijjama Center is not responsible for any complications that may occur due to non-compliance with the doctor's advice, instruction, and recommendations




8. I understand that this consent will be automatically withdrawn in case I refuse to do the treatment after the consultation due to some existing medical issues or personal reason

1. . أوافق بموجب هذا على السماح لنفسني بالقيام بالعلاج المفضل أعلاه بغرض التعزيز الجمالي
2. لقد قررت أن أحصل على هذا العلاج من تلقاء نفسي بقصد وحيد والفوائد المحتملة والمخاطر المحتملة المرتبطة بالإجراء
3. سأقدم معلومات دقيقة عن سجلي الطبي ، بما في ذلك جميع أنواع الحساسية المعروفة أو الأدوية أو المنتجات التي أتناولها حالياً أو أستخدمها موضعياً
4. . مثل معظم الإجراءات الطبية ، أفهم أن أيًا من الإجراءات المذكورة أعلاه قد يكون لها بعض الحساسية أو آثار جانبية معروفة وغير معروفة
5. أوافق على اتباع جميع نصائح الطبيب وتعليماته وتوصياته وخيارات العلاج البديل الأخرى بعد الإجراءات
6. أفهم أنه إذا كان لدي أي أسئلة أو مخاوف بشأن نتائج علاجي. سأقوم بإخطار العيادة على الفور حتى يمكن توفير المتابعة والتدخل في الوقت المناسب
7. مركز توب لايف للعلاج الطبيعي ومركز الحجامة غير مسؤول عن أي مضاعفات قد تحدث بسبب عدم الامتثال لتعليمات وتوصيات الطبيب

8. أفهم أنه سيتم سحب هذه الموافقة تلقائيًا في حالة رفضي إجراء العلاج بعد الاستشارة بسبب بعض المشكلات الطبية الحالية أو لأسباب شخصية

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 امانة دبي بشكل خاص بما فيها القرارات الصادرة عن هيئة الصحة في دبي

"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 "

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 Vision Test Patient	Witness Name اسم الشاهد fgfghfg	Doctor's Name اسم الطبيب Ahmad Irfan
Date تاريخ 2023-12-07 09:45	Date تاريخ 2023-12-07 09:45	Date تاريخ 2023-12-07 09:45