

General Consent Form نموذج الموافقة العامة

Patient Name اسم المريض	:	sai krishna	Emirates ID هويه الإمارات	:	784-8666-6666666-7
File No رقم الملف	:	8	DOB تاريخ الميلاد	:	1996-09-25
Gender جنس	:	Male	Doctor's Name اسم الطبيب	:	Doctor Vision
			Date تاريخ	:	2023-11-29

General Consent Form

نموذج الموافقة العامة

I sai krishna have been informed and I understand to my satisfaction, about the treatment

أقر أنا sai krishna بإطلاعي على نوعية وطبيعة


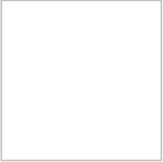
To Treat yyy and the reasons for it being performed, what the treatment will entail and that I:

علاج yyy الذي سأتلغاه وأنفهم تماماً الأسباب التي دعت إليه وما يترتب على ذلك وأؤكد :

- 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.

- أنني قد إطلعت وفهمت فحوى المعلومات الواردة في هذه الإستمارة.
- أوافق وأفوض الأطباء المتخصصين 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 والالتزام بذلك
- يجب عليّ 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 العلاجية المتعلقة بالوجه والجسم
- أعلم أنه في حالة السمنة فإن عدد الجلسات المطلوبة غير محدد وقد يتطلب الأمر بعض الفحوصات الطبية والعلاج المناسب
- أدرك تماماً احتمال 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 CENTER (Abu Dhabi) in case of any side effects arising indirectly as a result of the treatment
- نعلم ونعتقد أنه لا توجد أي التزامات بأي شكل من الأشكال على VISION MEDICAL & DENTAL CENTER (Abu Dhabi) في حالة حدوث أي آثار جانبية تنشأ بشكل غير مباشر نتيجة العلاج.
- Understand that VISION MEDICAL & DENTAL CENTER (Abu Dhabi) follows a strict no refund policy
- أنا أعلم تمامًا أننا VISION MEDICAL & DENTAL CENTER (Abu Dhabi) لا تقدم المبالغ المستردة على 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 مريض	Doctor طبيب
	
Patient Name اسم المريض sai krishna Indicate relationship تشير إلى العلاقة yyy Date تاريخ 2023-11-29	Doctor Name اسم الطبيب Doctor - Laser (DHA101) Date تاريخ 2023-11-29