

E-Matrix Consent Form

E-Matrix اقرار بالموافقة على العلاج بجهاز

Patient Name اسم المريض	:	sai krishna	Emirates ID هوية 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

I duly authorize sai krishna to perform
E-MATRIX TREATMENT

sai krishna أوافق على السماح للطبيب / الاختصاصية
للعلاج أي ماتريكس

sai krishna 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.

sai krishna أفهم جيدا بأن ال E-Matrix هو عبارة عن جهاز يستخدم لعلاج امراض جلدية تتطلب ازالة الأنسجة اللينة وتقشير الجلد، و اوافق على تلقي العلاج بواسطة هذا الجهاز.

sai krishna 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.

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

sai krishna I 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.

sai krishna أفهم أن هناك إمكانية للآثار الجانبية على 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

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

sai krishna أفهم أن العلاج مع أي ماتريكس ينطوي على سلسلة من العلاجات وتم شرح الرسوم و تكلفة هذا العلاج أصبحت واضحة تماما بالنسبة لي

sai krishna I have met with the Doctor/Specialist who is overseeing my treatment and discussed the treatments and procedures.

sai krishna لقد تم شرح تفاصيل العلاج والجراءات من قبل الطبيب /الاخصائي (ة) الذي يشرف على علاجي و تمت الاجابة عن جميع استفساراتي

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

sai krishna أقر بأنني علم تام لطبيعة والغرض من الإجراء، النتائج المتوقعة والمضاعفات المحتملة

sai krishna I understand no guarantee can be made as to the final results obtained.

sai krishna أفهم جيدا أنه لا يوجد ضمانات للحصول على النتائج المتوقعة

sai krishna I 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.

sai krishna أدرك تماما أن الإجراء هو عملية تجميلية و قرار المضي قدما فقط تم بناء على رغبتي و أرغب متابعة هذا الإجراء

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

sai krishna أقر بأنني قد قرأت بدقة و تفهمت محتويات هذا النموذج والإفصاحات المذكورة أعلاه قدمت لي

sai krishna I 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.


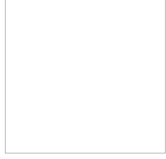
sai krishna أوافق على السماح لهذا النموذج بان يكون صالح لجميع علاجات أي ماتريكس لمدة سنة واحد من التاريخ المذكور أدناه

sai krishna PROMOTION POLICIES:

sai krishna السياسات المتبعة أثناء العروض الترويجية

sai krishnaI 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.

sai krishna أقر بأنني قد قرأت بدقة و تفهمت العرض الترويجي للآلي ماتريكس 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 sai krishna Date تاريخ 2023-11-29	Doctor Name اسم الطبيب Doctor - Laser (DHA101) Date تاريخ 2023-11-29