

Consent Form For Tattoo Removal NDYAG Laser Therapy **الموافقة على العلاج بالليزر لازالة الوشم**

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

sai krishna hereby agree for VISION MEDICAL & DENTAL CENTER (Abu Dhabi) to perform all necessary Laser procedures and treatment for my skin case.

sai krishna اوافق VISION MEDICAL & DENTAL CENTER (Abu Dhabi) على ان يقوم الطبيب المعالج في مركز جونكيورا الطبي باجراء

I have been informed and understood all the following points.

المعالجه اللازمه لي بواسطة تقنية الليزر الخاصه وبذلك أقر بانني على علم ومعرفه بالنقاط التاليه:.

1-In general, the skin should be prepared by creams before and during treatment to get the best result.

1- ينصح بتحضير الجلد ببرنامج خاص بالكريمات قبل وخلال المعالجه للحصول على افضل النتائج.

2-Treatment will be in session of 3-6 weeks interval which may extend 2-10 sessions less or more depending on results of treatment .

2- تحتاج المعالجه لعدة جلسات تتراوح من 2-10 جلسات وسطيا. تكرر الجلسات كل 3-6 اسابيع حسب النتائج وتحمل الجلد..

3-Immediately following treatment , the area may appear red and sometimes swelling for one day or more which fade without complications.

3- قد يبدو الجلد محمرا بعد المعالجه مباشرة واحيانا ملتهبا لمدة يوم أو اكثر وتزول تلك الأعراض بدون مضاعفات.

4-Removal of Tattoo rarely to be incomplete and may leave minor residue.

4- في حاله ازالة الوشم يتم ذلك بصوره كامله ويبدو الجلد طبيعيا وقد تترك اثرا خفيفا في حالات نادره..

5-Laser treatment rarely to leave scar, hypo or hyper pigmentation which usually responds to treatment.

5- من النادر ان يحدث تغيير في الجلد نتيجة لهذه المعالجه ك بعض التليفات والبقع التي تستجيب للمعالجه بشكل عام.

6-I have to follow all the instructions given by my doctor during the treatment period.

6- يجب الالتزام بالتعليمات ولأرشادات خلال فترة المعالجه..

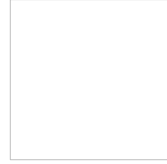
I acknowledged that before signing this consent , I have read this fully and understood its contents .

لقد تم شرح وقراءة هذه النقاط بالكامل وبشكل واضح ومناقشتها مع الطبيب المعالج ومن ثم وافقت على توقيعني لهذه الوثيقه..

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