

Consent Form For Tattoo Removal NDYAG Laser Therapy

الموافقة على العلاج بالليزر لازالة الوشم

Patient Name اسم المريض	:	Aswathi Vipin	Emirates ID هوية الإمارات	:	784-2543-5254612-1
File No رقم الملف	:	1	DOB تاريخ الميلاد	:	1991-11-21
Gender جنس	:	Female	Doctor's Name اسم الطبيب	:	Doctor Vision
			Date تاريخ	:	2023-12-07

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

Aswathi Vipin 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.

المعالجة اللازمة لي بواسطة تقنية الليزر الخاصة وبذلك أقر بانني على علم ومعرفة بالنقاط التالية:.

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 المعالجة 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 المعالجة 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 المعالجة 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 حالة ازالة الوشم يتم ذلك بصورة كاملة ويبدو الجلد طبيعيا وقد تترك اثرا خفيفا في حالات نادرة..

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 المعالجة ك بعض التليفات والبقع التي تستجيب للمعالجة بشكل عام.

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

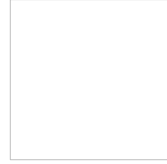
6- يجب الالتزام بالتعليمات ولأرشادات خلال فترة المعالجة..

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 الوثيقة..

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
Aswathi Vipin

Date
تاريخ
2023-12-07

Doctor Name
اسم الطبيب
Doctor - Laser (DHA101)

Date
تاريخ
2023-12-07