

Weight Loss Program Consent Form

نموذج الموافقة على برنامج فقدان الوزن

| | | | | | |
|----------------------------|---|----------------|------------------------------|---|--------------------|
| Patient Name اسم المريض | : | Alston Rebello | Emirates ID هوية الإمارات | : | 784-1991-2906159-3 |
| File No رقم الملف | : | 17 | DOB تاريخ الميلاد | : | 1996-06-20 |
| Gender جنس | : | Male | Doctor's Name اسم الطبيب | : | Ahmad Irfan |
| | | | Date تاريخ | : | 2024-02-16 |

I, the undersigned hereby consent to allow myself to participate Weight Loss Program for non-surgical procedures which discussed during our consultation to assist me in my desire to decrease weight and maintain adequate weights

أنا ، الموقع أدناه ، أوافق على السماح لنفسني بالمشاركة في برنامج إنقاص الوزن للإجراءات غير الجراحية التي تمت مناقشتها خلال استشارتنا لمساعدتي في رغبتني في إنقاص الوزن والحفاظ على أوزان مناسبة

- I am aware that these services will be provided to me by licensed doctors and therapists by using fat reduction machines available at the clinic
- I understand that much of the success of the program will depend on my active participation in taking the required sessions (2times a week) and compliance with the diet plans and exercise as instructed by the doctor is a vital component in weight loss program in order to meet optimal results
- Bruises, swelling, redness, deep itching, tingling, numbness, aching, and/or soreness is normal during and after the session and it will subside after a few hours
- As with most medical procedures, there are involve risks and side effects from unpredicted technical error in medical equipment
- I acknowledge that this program has been thoroughly explained to me in a detailed in all clear manners with its benefits and risks and others that might happen from unknown and unexpected side effects from the procedure
- I agree 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
- Top Life Physiotherapy and Hijjama Center is not responsible for any complications that may occur due to non-compliance with the instruction required for this procedure




- أدرك أن هذه الخدمات سيتم توفيرها لي من قبل أطباء ومعالجين مرخصين باستخدام أجهزة تصغير الدهون المتوفرة في العيادة
- أنفهم أن الكثير من نجاح البرنامج سيعتمد على مشاركتي النشطة في أخذ الجلسات المطلوبة (مرتين في الأسبوع) والامتثال لخطط النظام الغذائي والتمارين الرياضية وفقاً لتعليمات الطبيب عنصر حيوي في برنامج إنقاص الوزن في من أجل تحقيق أفضل النتائج
- كدمات ، تورم ، احمرار ، حكة عميقة ، وخز ، خدر ، وجع و / أو وجع أمر طبيعي أثناء وبعد الجلسة وسوف يهدأ بعد ساعات قليلة
- كما هو الحال في معظم الإجراءات الطبية ، هناك مخاطر وأثار جانبية من الخطأ الفني غير المتوقع في المعدات الطبية
- أقر بأن هذا البرنامج قد تم شرحه لي بالتفصيل وبكل طريقة واضحة مع فوائده ومخاطره وغيرها التي قد تحدث من الآثار الجانبية غير المعروفة وغير المتوقعة من الإجراء
- أوافق على أنه إذا كان لدي أي أسئلة أو مخاوف بشأن نتائج علاجي. سأقوم بإخطار العيادة على الفور حتى يمكن توفير المتابعة والتدخل في الوقت المناسب
- مركز توب لايف للعلاج الطبيعي ومركز الحجامه غير مسؤول عن أي مضاعفات قد تحدث بسبب عدم الامتثال للتعليمات المطلوبة لهذا الإجراء

8. I hereby give my voluntary consent to undergo in Weight Loss Program and release Top Life Physiotherapy and Hijjama Center, its medical staff, and administrations from any liability associated with the procedure

8. أأمنح بموجب هذا موافقتي الطوعية على الخضوع لبرنامج إنقاص الوزن وأطلق سراح مركز توب لايف للعلاج الطبيعي ومركز الحجامة وطاقمه الطبي وإدارته من أي مسؤولية مرتبطة بالإجراء.

'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'

'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'

| | | |
|--|--|--|
| 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 Alston Rebello Date تاريخ 2024-02-16 (11:30 - 11:45) | Witness Name اسم الشاهد hhhhhh Date تاريخ 2024-02-16 (11:30 - 11:45) | Doctor's Name اسم الطبيب Ahmad Irfan Date تاريخ 2024-02-16 (11:30 - 11:45) |