

## Mesotherapy+Hair Filler+Exosome(Hair-Face)Consent Form (استمارة موافقة الميزوثيرابي+فيلر الشعر+إكسوسوم (الشعر-الوجه)

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
Nationality جنسية	:	Indian	Date تاريخ	:	2024-05-03
Gender جنس	:	Male	Doctor's Name اسم الطبيب	:	Ahmad Irfan

I, the undersigned hereby consent to allow myself to undertake Mesotherapy, Hair Filler procedures discussed during our consultation for the purpose of aesthetic enhancement

أنا ، الموقع أدناه ، أوافق على السماح لنفسني بإجراء الميزوثيرابي وفيلر الشعر أو الإكسوسوم التي تمت مناقشتها خلال استشارتنا لغرض التحسين الجمالي

1. We have discussed the nature of, Mesotherapy, Hair Filler and Exosome procedure and I hereby agree to adhere to all safety precautions and instructions after the treatment

1. لقد ناقشنا طبيعة الميزوثيرابي وفيلر الشعر أو الإكسوسوم أوافق بموجبه على الالتزام بكافة احتياطات وتعليمات السلامة بعد العلاج.

2. I am aware that these services will be provided to me by licensed doctors, nurses, physician's assistance and other medical staff

2. أدرك أن هذه الخدمات سيتم توفيرها لي من قبل أطباء وممرضات ومساعدة طبيب وطاقتهم طبي آخر

3. I should not expose to direct sun light after the treatment without applying any sunblock cream and I should not use any facial products on my face without informing the doctor and will only follow the prescription.

3. لا يجب أن أتعرض لأشعة الشمس المباشرة بعد العلاج بدون استخدام أي كريم واق من الشمس ولا يجب أن أستخدم أي منتجات للوجه على وجهي دون إبلاغ الطبيب وسأتبع فقط الوصفة الطبية.

4. I understand that the results of this treatment cannot be accurately estimated in advance or to be assurance, as it may vary from patient to another

4. أدرك أن نتائج هذا العلاج لا يمكن تقديرها بدقة مسبقاً أو تأكيدها ، حيث قد تختلف من مريض لآخر

5. All necessary treatment methods have been thoroughly explained to me in a detailed in all clear manner and other unknown and unexpected side effects from the procedure

5. تم شرح جميع طرق العلاج اللازمة لي بشكل مفصل وبكل طريقة واضحة والآثار الجانبية المحتملة قد تحدث بعض الأعراض الجانبية الغير معروفة والغير متوقعة في بعض الحالات

6. 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

6. 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

7. VISION MEDICAL & DENTAL CENTER (Abu Dhabi) is not responsible for any complications that may occur due to non-compliance with the instruction required for this procedure




VISION MEDICAL & DENTAL CENTER (Abu Dhabi) غير مسؤولة عن أي مضاعفات قد تحدث نتيجة عدم الالتزام بالتعليمات المطلوبة لهذا الإجراء

8. I hereby give my voluntary consent to undergo, Mesotherapy, Hair Filler and Exosome and release VISION MEDICAL & DENTAL CENTER (Abu Dhabi), its medical staff, and administrations from any liability associated with the procedure

8. أمنح بموجب هذا موافقتي الطوعية للخضوع للميزوثيرابي وفيلر الشعر والإكسوسوم، وأعفي شركة VISION MEDICAL & DENTAL CENTER (Abu Dhabi) وطاقتها الطبية وإدارتها من أي مسؤولية مرتبطة بهذا الإجراء.

'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 2024-05-03 (09:30 - 09:45 )	Witness Name اسم الشاهد testing  Date تاريخ 2024-05-03 (09:30 - 09:45 )	Doctor's Name اسم الطبيب Ahmad Irfan  Date تاريخ 2024-05-03 (09:30 - 09:45 )