

## Green Peel Or Chemical Peeling Consent Form

### نموذج الموافقة على التقشير الأخضر أو التقشير الكيميائي

Patient Name اسم المريض	:	Alan AR Alfred	Emirates ID هوية الإمارات	:	784-1991-4256325-4
File No رقم الملف	:	24	DOB تاريخ الميلاد	:	1991-08-18
Nationality جنسية	:	Sri Lankan	Date تاريخ	:	2024-05-02
Gender جنس	:	Male	Doctor's Name اسم الطبيب	:	Ahmad Irfan

I, the undersigned hereby consent to allow myself to undertake Green Peeling or Chemical Peeling procedures discussed during our consultation for the purpose of aesthetic enhancement

أنا ، الموقع أدناه ، أوافق على السماح لنفسني بإجراء علاج التقشير الأخضر أو التقشير الكيميائي التي تمت مناقشتها خلال استشارتنا لغرض التحسين الجمالي

- We have discussed the nature of Green Peeling or Chemical Peeling procedure and I hereby agree to adhere all safety precautions and instructions after the treatment.
- I am aware that these services will be provided to me by licensed doctors, nurses, physician's assistance and other medical staff.
- I should not expose to direct sunlight for 2 weeks after the treatment without applying any sun block cream and I should not use any facial products on my face without informing the doctor and will only follow the prescription.
- 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.
- 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.
- 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
- 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
- I hereby give my voluntary consent to undergo Green Peeling or chemical peeling and release VISION MEDICAL & DENTAL CENTER (Abu Dhabi), its medical staff, and administrations from any liability associated with the procedure

لقد ناقشنا طبيعة إجراء التقشير الأخضر أو التقشير الكيميائي وأوافق على الالتزام بجميع احتياطات وتعليمات السلامة بعد العلاج.

أدرك أن هذه الخدمات سيتم تقديمها لي من قبل الأطباء والممرضات المرخصين ومساعدتي الأطباء وغيرهم من الطاقم الطبي.

لا يجب أن أتعرض لأشعة الشمس المباشرة بعد العلاج دون وضع أي كريم واق من الشمس، ويجب ألا أستخدم أي منتجات للوجه على وجهي دون استشارة الطبيب، وسأتبع الوصفة الطبية فقط.

أدرك أن نتائج هذا العلاج لا يمكن تقديرها بدقة مسبقاً أو ضمانها، لأنها قد تختلف من مريض إلى آخر.

لقد تم شرح جميع طرق العلاج اللازمة لي بشكل تفصيلي وبطريقة واضحة تماماً بالإضافة إلى الآثار الجانبية الأخرى غير المعروفة وغير المتوقعة الناتجة عن هذا 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

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

أمنح بموجب هذا موافقتي الطوعية للخضوع للتقشير الأخضر أو التقشير الكيميائي وأعفي VISION MEDICAL & DENTAL CENTER (Abu Dhabi) وطاقتها الطبي والإدارات 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 Alan AR Alfred  Date تاريخ 2024-05-02 (10:00 - 10:15 )	Witness Name اسم الشاهد ddgdg  Date تاريخ 2024-05-02 (10:00 - 10:15 )	Doctor's Name اسم الطبيب Ahmad Irfan  Date تاريخ 2024-05-02 (10:00 - 10:15 )