

IV DripTherapy consent Form نموذج الموافقة على العلاج بالتنقيط الرابع

Patient Name اسم المريض	:	Alston Rebello	Emirates ID هوية الإمارات	:	111-1111-1111111-1
File No رقم الملف	:	17	DOB تاريخ الميلاد	:	1996-06-20
Gender جنس	:	Male	Doctor's Name اسم الطبيب	:	Ahmad Irfan
			Date تاريخ	:	2023-12-19

I, the undersigned hereby consent to allow myself to undertake IV DRIP THERAPY procedures which discussed during our consultation for the purpose of aesthetic enhancement




أنا ، الموقع أدناه ، أوافق على السماح لنفسني بالقيام بإجراءات IV DRIP THERAPY التي نوقشت خلال استشارتنا لغرض التحسين الجمالي

1. This procedure involves inserting a needle into the vein and injecting a prescribed solution
2. I understand that the benefits of intravenous nutrient therapy are much greater if I follow a healthy lifestyle (non-smoking, weight control, proper exercise, proper diet, and nutritional supplementation)
3. I am aware that these services will be provided to me by licensed doctors, nurses, physician's assistance, and other medical staff
4. I have been informed of possible risks and side effects including but not limited to discomfort, bruising and pain at the injection site, fatigue, allergic reaction, other unknown and unexpected side effects from the procedure
5. 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. All of my questions have been satisfactorily answered and I agree to adhere to all safety precautions and instructions after the treatment
7. 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
8. I hereby give my voluntary consent to undergo IV DRIP THERAPY and release Top Life Physiotherapy and Hijjama Center, its medical staff, and administrations from any liability associated with the procedure

1. يتضمن هذا الإجراء إدخال إبرة في الوريد وحقن محلول موصوف
2. أدرك أن فوائد العلاج بالمغذيات الوريدية تكون أكبر بكثير إذا اتبعت أسلوب حياة صحي (عدم التدخين ، والتحكم في الوزن ، والتمارين الرياضية المناسبة ، والنظام الغذائي السليم ، والمكملات الغذائية)
3. أدرك أن هذه الخدمات سيتم توفيرها لي من قبل أطباء وممرضات ومساعدة طبيب وطاقم طبي آخر
4. لقد تم إبلاغي بالمخاطر والآثار الجانبية المحتملة بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر الانزعاج والكدمات والألم في موقع الحقن والتعب ورد الفعل التحسسي والآثار الجانبية الأخرى غير المعروفة وغير المتوقعة من الإجراء
5. 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
6. تمت الإجابة على جميع أسئلتي بصورة مرضية وأوافق على الالتزام بجميع احتياطات وتعليمات السلامة بعد العلاج
7. مركز توب لايف للعلاج الطبيعي و الحجامة غير مسؤول عن أي مضاعفات قد تحدث بسبب عدم الامتثال للتعليمات المطلوبة لهذا الإجراء
8. أمانح بموجب هذا موافقتي الطوعية على الخضوع لعلاج IV بالتنقيط والتخلي عن مركز Top Life للعلاج الطبيعي ومركز الحجامة والطاقم الطبي والإدارات 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 "

اوافق بان 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 امارة 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 2023-12-19 12:30	Witness Name اسم الشاهد ss Date تاريخ 2023-12-19 12:30	Doctor's Name اسم الطبيب Ahmad Irfan Date تاريخ 2023-12-19 12:30