

Facial Filler/RRS Long Lasting/Botox Consent Form
حشو الوجه / RRS طويل الأمد / نموذج الموافقة على البوتوكس

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	:	2025-02-21
Gender جنس	:	Male	Doctor's Name اسم الطبيب	:	Alan Alfred

I, the undersigned hereby consent to allow myself to undertake FACIAL FILLERS / BOTOX/ RRS LONGLASTING procedures which discussed during our consultation for the purpose of aesthetic enhancement

أنا ، الموقع أدناه ، أوافق على السماح لنفسي بإجراءات FACIAL FILLERS / BOTOX / RRS LONGLASTIN التي تمت مناقشتها خلال استشارتنا لغرض لتحسين الجمالي

1. Facial Fillers , Botox and RRS Long Lasting are temporary to long lasting solutions administered through a few tiny facial injections on specific areas of the face
2. I am aware that these services will be provided to me by licensed doctors, nurses, physician's assistance and other medical staff
3. Bruises are common and normal during and after the treatment and it will subside after few hours
4. I declare that I have not done Botox to any part of my body during the past 3 months
5. I hereby acknowledge that I am advised to adhere the following instruction as;
 - Avoid exercise for three days after facial /fillers/RRS Long Lasting and botox treatment
 - Away from hot bath and hot water for 3 days
 - Avoid sleeping on any side of your face for 3 days
 - Avoid rubbing or massaging the injection area
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
7. I acknowledge that this treatment have been thoroughly explained to me in a detailed in all clear manner with its benefits and risks and other unknown and unexpected side effects from the procedure
8. All of my questions have been satisfactorily answered and I agree to adhere to all safety precautions and instructions after the treatment
9. 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
10. I hereby give my voluntary consent to undergo Facial Fillers/ RRS Long Lasting and Botox and release Top Life Physiotherapy and Hijjama Center, its medical staff, and administrations from any liability associated with the procedure

1. حشو الوجه والботوكس عبارة عن حلول مؤقتة إلى طويلة الأمد تُعطى من خلال عدد قليل من حقن الوجه الصغيره في مناطق معينة من الوجه
2. أدرك أن هذه الخدمات سيتم توفيرها لي من قبل أطباء وممرضات ومساعدة طبيب وطاقم طبي آخر
3. الكدمات شائعة وطبيعية أثناء وبعد العلاج وتختفي في بعض الأحيان
4. أقر أنني لم اقم بعمل بوتوكس لأي منطقة في الجسم خلال الـ 3 شهور الماضية
5. أقر بموجب هذا بأنني تم نصحي بالالتزام بالتعليمات على النحو التالي:
 - تجنب ممارسة الرياضة لمدة ثلاثة أيام بعد حشو الوجه وعلاج البوتوكس والابره الاسبانيه
 - الابتعاد عن الحمام الساخن والماء الساخن لمدة 3 أيام
 - تجنب النوم على أي جانب من وجهك لمدة 3 أيام
 - تجنب فرك أو تدليك منطقة الحقن
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. 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 الاحيان .
8. تمت الإجابة على جميع أسئلتي بصورة مرضية وأوافق على الالتزام بجميع احتياطات وتعليمات السلامة بعد العلاج
9. مركز توب لايف للعلاج الطبيعي والحجامة غير مسؤول عن أي مضاعفات قد تحدث بسبب عدم الامتثال للتعليمات المطلوبة لهذا الاجراء
10. أُمِنح بهذا موافقتي علي الخضوع/الابره الاسبانيه RRS LONGLASTING FACIAL FILLERS / BOTOX دون ادني مستوي علي مركز توب لايف للعلاج الطبيعي وطاقمه الطبي وإدارته من أي مسئولية ترتبط بالاجراء.

"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 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 اماره 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
		<div></div>
Patient Name اسم المريض Alston Rebello Date تاريخ 2025-02-21	Witness Name اسم الشاهد dfghfh Date تاريخ 2025-02-21	Doctor's Name اسم الطبيب Alan Alfred Date تاريخ 2025-02-21