

E-Matrix Consent Form

E-Matrix اقرار بالموافقة على العلاج بجهاز

Patient Name اسم المريض	:	test AS testvision	Emirates ID هوية الإمارات	:	784-3458-8877333-2
File No رقم الملف	:	11	DOB تاريخ الميلاد	:	2000-08-09
Gender جنس	:	Female	Doctor's Name اسم الطبيب	:	Doctor Vision
			Date تاريخ	:	2023-11-29

I duly authorize test AS testvision to perform
E-MATRIX TREATMENT

test AS testvision أوافق على السماح للطبيب / الاختصاصية
للعلاج أي ماتريكس

test AS testvision I understand that E-Matrix is a device used for dermatological procedures requiring ablation of soft tissue and skin resurfacing, of which I am consenting to be a patient receiving treatment.

test AS testvision أفهم جيداً بأن ال E-Matrix هو عبارة عن جهاز يستخدم لعلاج أمراض جلدية تتطلب إزالة الأنسجة اللينة وتقشير الجلد، و أوافق على تلقي العلاج بواسطة هذا الجهاز.

test AS testvisionI understand that clinical results may vary depending on individual factors, including but not limited to medical history, skin type, patient compliance with- and post-treatment instructions, and individual response to treatment.

test AS testvision أفهم أن النتائج السريرية قد تختلف تبعاً لعوامل فردية، بما في ذلك التاريخ الطبي، نوع الجلد، وامتثال المريض لتعليمات بعد العلاج، والاستجابة الفردية للعلاج.

test AS testvisionI understand that there is a possibility of short-term or long term effects such as reddening, swelling, blister formation, temporary discoloration of the skin, as well as the possibility of rare side effects such as burn, scarring and permanent discoloration. These effects have been fully explained to me.

test AS testvision أفهم أن هناك إمكانية للآثار الجانبية على المدى القصير أو على المدى الطويل مثل احمرار وتورم، وتشكيل بثرة، وتلون مؤقت في الجلد، فضلاً عن إمكانية آثار جانبية نادرة مثل حرق، تندب وتلون دائم. وقد تم شرح هذه الآثار تماماً بالنسبة لي

test AS testvisionI understand that the treatment with the E-Matrix involves a series of treatments and the fee structure has been fully explained to me.

test AS testvision أفهم أن العلاج مع أي ماتريكس ينطوي على سلسلة من العلاجات وتم شرح الرسوم و تكلفة هذا العلاج أصبحت واضحة تماماً بالنسبة لي

test AS testvisionI have met with the Doctor/Specialist who is overseeing my treatment and discussed the treatments and procedures.

test AS testvision لقد تم شرح تفاصيل العلاج والجراءات من قبل الطبيب /الاخصائي (ة) الذي يشرف على علاجي و تمت الاجابة عن جميع استفساراتي

test AS testvisionI certify that I have been fully informed of the nature and purpose of the procedure, expected outcome and possible complications.

test AS testvisionأقر بانني علم تام لطبيعة والغرض من الإجراء، النتائج المتوقعة والمضاعفات المحتملة

test AS testvisionI understand no guarantee can be made as to the final results obtained.

test AS testvision أفهم جيداً أنه لا يوجد ضمانات للحصول على النتائج المتوقعة

test AS testvisionI am fully aware that my condition is of cosmetic concern and that the decision to proceed is based solely on my expressed desire to do so.

test AS testvision أدرك تماماً أن الإجراء هو عملية تجميلية و قرار المضي قدماً فقط تم بناء على رغبتني و أرغب متابعة هذا الإجراء

test AS testvisionI certify that I have thoroughly read and understand the contents of this form and disclosures listed above were made to me.

test AS testvision أقر بأنني قد قرأت بدقة و تفهمت محتويات هذا النموذج والإفصاحات المذكورة أعلاه قدمت لي

test AS testvisionI consent to allow this form to be valid for all E-Matrix treatments for a period of 1 year from the date on this consent.


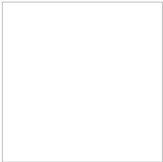
test AS testvision أوافق على السماح لهذا النموذج بان يكون صالح لجميع علاجات أي ماتريكس لمدة سنة واحد من التاريخ المذكور أدناه

test AS testvision PROMOTION POLICIES:

test AS testvision السياسات المتبعة أثناء العروض الترويجية

test AS testvisionI certify that I have thoroughly read and understood the promotion offer for E-matrix is to be scheduled within the maximum of 2 months from the first session after that I will not be eligible to get the second free session.

test AS testvision أقر بأنني قد قرأت بدقة و تفهمت العرض الترويجي للاي ماتريكس و هو أن العرض ساري لمدة شهرين فقط من تاريخ الجلسة الأولى بعد انتهاء المدة لن أكون مؤهل(ة) للحصول على الجلسة المجانية الثانية

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	Doctor طبيب
	
Patient Name اسم المريض test AS testvision Date تاريخ 2023-11-29	Doctor Name اسم الطبيب Doctor - Laser (DHA101) Date تاريخ 2023-11-29