

## E-Matrix Consent Form

### E-Matrix اقرار بالموافقة على العلاج بجهاز

Patient Name اسم المريض	:	Tahaseen Tahaseen	Emirates ID هوية الإمارات	:	784-8888-66666666-7
File No رقم الملف	:	9	DOB تاريخ الميلاد	:	2001-09-09
Gender جنس	:	Female	Doctor's Name اسم الطبيب	:	Doctor Vision
			Date تاريخ	:	2023-11-29

I duly authorize Tahaseen Tahaseen to perform  
**E-MATRIX TREATMENT**

Tahaseen Tahaseen 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.

Tahaseen Tahaseen I 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.

Tahaseen  
أوافق  
على السماح للطبيب  
الاخصائية /  
للعلاج  
ماتريكس  
Tahaseen  
أنفهم  
E-  
Matrix جيداً بأن ال  
هو عبارة  
عن جهاز يستخدم  
لعلاجات امراض  
جلدية تتطلب ازالة  
الأنسجة اللينة  
وتقشير الجلد، و  
أوافق على تلقي  
العلاج بواسطة هذا  
الجهاز.  
Tahaseen  
أنفهم  
أن النتائج السريرية  
قد تختلف تبعاً  
لعوامل فردية، بما  
في ذلك التاريخ  
الطبي، نوع الجلد،  
وأمثال المريض  
لتعليمات بعد العلاج،  
والاستجابة الفردية  
للعلاج

	<p>Tahaseen  أُتفهم Tahaseen أن هناك إمكانية للأثار الجانبية علي المدى القصير أو الطويل مثل احمرار وتورم، وتشكيل بثرة، وتلون مؤقت في الجلد، فضلا عن إمكانية أثار حرق، تنذب وتلون دائم. وقد تم شرح هذه الأثار تماما بالنسبة لي</p> <p>Tahaseen  أُتفهم Tahaseen أن العلاج مع أي مانتريكس ينطوي على سلسلة من العلاجات وتم شرح الرسوم و تكلفة هذا العلاج أصبحت واضحة تماما بالنسبة لي</p> <p>Tahaseen  لقد تم Tahaseen شرح تفاصيل العلاج والإجراءات من قبل الطبيب /الاخصائي (ة) الذي يشرف على علاجي و تمت الاجابة عن جميع استفساراتي</p> <p>Tahaseen  أُقر Tahaseen بأنني علم تام لطبيعة والغرض من الإجراء، النتائج المتوقعة والمضاعفات المحتملة</p> <p>Tahaseen  أُتفهم Tahaseen جيدا أنه لا يوجد ضمانات للحصول على النتائج المتوقعة</p> <p>Tahaseen  أدرك Tahaseen تماما أن الإجراء هو عملية تجميلية و قرار المضي قدما فقط تم بناء على رغبتي و أرغب متابعة هذا الإجراء</p> <p>Tahaseen  أُقر Tahaseen بأنني قد قرأت بدقة و تفهمت محتويات هذا النموذج والإفصاحات المذكورة أعلاه قدمت لي</p> <p>Tahaseen  أوافق Tahaseen على السماح لهذا النموذج بأن يكون صالح لجميع علاجات أي مانتريكس لمدة سنة واحد من التاريخ المذكور أدناه</p> <p>Tahaseen  السياسات المتبعة أثناء العروض الترويجية</p> <p>Tahaseen  أُقر Tahaseen بأنني قد قرأت بدقة و تفهمت العرض الترويجي للأي مانتريكس و هـمـو أن العرض ساري لمدة شهرين فقط من تاريخ الجلسة الأولى بعد انتهاء المدة لن أكون مؤهل(ة) للحصول على الجلسة المجانية الثانية</p>
Tahaseen TahaseenI 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.	
Tahaseen TahaseenI understand that the treatment with the E-Matrix involves a series of treatments and the fee structure has been fully explained to me.	
Tahaseen TahaseenI have met with the Doctor/Specialist who is overseeing my treatment and discussed the treatments and procedures.	
Tahaseen TahaseenI certify that I have been fully informed of the nature and purpose of the procedure, expected outcome and possible complications.	
Tahaseen TahaseenI understand no guarantee can be made as to the final results obtained.	
Tahaseen TahaseenI 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.	
Tahaseen TahaseenI certify that I have thoroughly read and understand the contents of this form and disclosures listed above were made to me.	
Tahaseen TahaseenI 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.	
Tahaseen Tahaseen PROMOTION POLICIES:	
Tahaseen TahaseenI 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.	

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  
Tahaseen Tahaseen

Date  
تاريخ  
2023-11-29

Doctor Name  
اسم الطبيب  
Doctor - Laser (DHA101)

Date  
تاريخ  
2023-11-29