

## Massage Therapy consent Form

### نموذج الموافقة على العلاج بالتدليك

Patient Name اسم المريض	:	Vision Test Patient	Emirates ID هوية الإمارات	:	784-6987-5266587-7
File No رقم الملف	:	2	DOB تاريخ الميلاد	:	2020-06-17
Gender جنس	:	Female	Doctor's Name اسم الطبيب	:	Ahmad Irfan
			Date تاريخ	:	2023-12-07

I understand that Massage Therapy is provided for the basic purpose of relieving muscular tension, relieving pain, and facilitating a range of motion and relaxation

If I experience any pain or discomfort during the session, I will immediately inform the therapist so that the pressure and/or strokes may be adjusted to my level of comfort.

I understand, as in all health care, in the practice of massage therapy there can involve minimal risks and side effects from the therapy, including muscle tenderness, bruises, fatigue, skin redness, and dizziness that may subside after a few hours

I confirm that the Massage therapy has been thoroughly explained to me in detail and its benefits and risks 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

I hereby give my voluntary consent to undergo Massage Therapy and release Top Life Physiotherapy and Hijjama Center, its medical staff, and administrations from any liability associated from the procedure

**"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 "**

أدرك أن العلاج بالتدليك يتم توفيره لغرض أساسي هو تخفيف التوتر العضلي وتخفيف الألم وتسهيل نطاق الحركة والاسترخاء.

إذا شعرت بأي ألم أو إزعاج أثناء الجلسة ، فسوف أبلغ المعالج على الفور حتى يتم ضبط الضغط على مستوى راحتي.

أفهم ، كما هو الحال في جميع أنواع الرعاية الصحية ، أنه في ممارسة العلاج بالتدليك يمكن أن تنطوي على مخاطر قليلة وأثار جانبية من العلاج ، بما في ذلك إيلام العضلات والكدمات والتعب واحمرار الجلد والدوخة التي قد تهدأ بعد ساعات قليلة

أؤكد أن العلاج بالتدليك قد تم شرحه لي بشكل مفصل وفوائده ومخاطره بكل طريقة واضحة وأثار جانبية أخرى غير معروفة وغير متوقعة من الإجراء




أوافق على أنه إذا كان لدي أي أسئلة أو مخاوف بشأن نتائج علاجـجي. سأقوم بإخطار العيادة على الفور حتى يمكن توفير المتابعة والتدخل في الوقت المناسب

أمنح بموجب هذا موافقتي الطوعية على الخضوع للعلاج بالتدليك وأعفي مركز توپ لايف للعلاج الطبيعي الحجامه وطاقمه الطبي وإدارته من أي مسؤولية مرتبطة بذلك.

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
-----------------	---------	----------------

		
<p>Patient Name اسم المريض Vision Test Patient</p> <p>Date تاريخ 2023-12-07 09:45</p>	<p>Witness Name اسم الشاهد s</p> <p>Date تاريخ 2023-12-07 09:45</p>	<p>Doctor's Name اسم الطبيب Ahmad Irfan</p> <p>Date تاريخ 2023-12-07 09:45</p>