

Physiotherapy Consent Form نموذج موافقة العلاج الطبيعي

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
Gender جنس	:	Male	Doctor's Name اسم الطبيب	:	Ahmad Irfan
			Date تاريخ	:	2024-02-16

I, the undersigned hereby consent to allow myself to undertake Physiotherapy Treatment which was discussed during our consultation to help reduce my pain and improve my mobility, strength, endurance, function, and quality of life

أنا ، الموقع أدناه ، أوافق على السماح لنفسي بإجراء العلاج الطبيعي الذي تمت مناقشته خلال استشارتنا للمساعدة في تقليل الألم وتحسين حركتي وقوتي وتحملي ووظيفتي ونوعية حياتي .

I understand that Physiotherapy treatments may include an individualized exercise prescription and various forms of manual therapy techniques such as mobilization, manipulation, soft tissue release, stretches and myofascial release. Treatments may also include modalities such as therapeutic taping, ultrasound, TENS, interferential current, shock wave, and electric muscular stimulation. Other treatment options include spinal adjustment, dry needling

أدرك أن العلاج الطبيعي قد تتضمن وصفة تمارين فردية وأشكال مختلفة من تقنيات العلاج اليدوي مثل تحريك و تلاعب وتحريك الأنسجة الرخوة والإطالات العضلية وتحريك اللفافة العضلية. قد تشمل العلاجات أيضًا طرقًا مثل الشريط العلاجي ، والموجات فوق الصوتية ، والتحفيز الكهربائي للعصب عبر الجلد ، والتيار التداخل ، والموجة التصادمية ، والتحفيز العضلي الكهربائي. تشمل خيارات العلاج الأخرى تقويم العمود الفقري والوخز بالإبر الجافة

I understand that there are minimal possibilities of risks or complications that may result from the above-listed treatments which are normal and common such as muscle soreness, minor skin irritation, redness, fatigue or bruises, nausea which may subside after a few hours

أفهم أن هناك احتمالات قليلة للمخاطر أو المضاعفات التي قد تنجم عن العلاجات المذكورة أعلاه والتي تعتبر طبيعية وشائعة مثل ألم العضلات وتهيج الجلد البسيط والاحمرار والتعب أو الكدمات والعيثان الذي قد يهدأ بعد بضع ساعات

Possible risks of High Velocity Techniques (HVT) - As with any health care procedure , complications are possible following HVT. The risk of complication have been described rare. The risk includes, but aren't limited to fracture, disc injuries, dislocation, muscle strain, injuries to vertebral arteries, nerve, spinal cord. Cerebrovascular injury or stroke could occur upon severe injury to arteries.

كما هو الحال مع أي إجراء رعاية صحية ، من المحتمل حدوث مضاعفات بعد تقنية السرعة العالي. تم توصيف هذه المخاطر بانها نادرة الحدوث. تشمل المخاطر على سبيل المثال لا الحصر ، الكسور وإصابات الغضاريف والخلع وإجهاد العضلات وإصابات الشرايين الفقرية والأعصاب والحبل الشوكي. يمكن أن تحدث إصابة الأوعية الدموية الدماغية أو السكتة الدماغية الناتجة من إصابة شديدة لشرايين.

All necessary treatment methods have been thoroughly explained to me in a detailed in all clear manner and other unknown and unexpected side effects from the treatment

تم شرح جميع طرق العلاج اللازمة لي بشكل مفصل وبكل الطريقة الواضحة والآثار الجانبية الأخرى غير المعروفة وغير المتوقعة من العلاج

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




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.

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

أمنح بهذا موافقتي طوعية على الخضوع للعلاج الطبيعي وأعفي مركز توب لايف للعلاج الطبيعي والحجامة وطاقمه الطبي وإدارته من أي مسؤولية مرتبطة بالعلاج

'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 بأن 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 امانة 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 2024-02-16 (11:30 - 11:45)	Witness Name اسم الشاهد rrrrh Date تاريخ 2024-02-16 (11:30 - 11:45)	Doctor's Name اسم الطبيب Ahmad Irfan Date تاريخ 2024-02-16 (11:30 - 11:45)

