


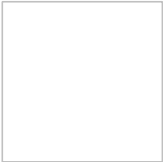
نموذج الموافقة العامة

أقر أنا Aswathi Vipin بإطلاعي على نوعية وطبيعة

علاج sssssssssssssssssssssss الذي سألتقاه وأتفهم تماماً
الأسباب التي دعت إليه وما يترتب على ذلك وأكد :

- أنني قد إطلعت وفهمت فحوى المعلومات الواردة في هذه الإستمارة.
- أوافق وأفوض الأطباء المتخصصين في VISION MEDICAL & DENTAL CENTER (Abu Dhabi) ليقدموا لي العلاج اللازم
- أوافق على تصوير موضع العلاج (إختياري)
- على علم تام بكل توصيات العلاج اللاحقة وأوافق على التقيد والإلتزام بذلك
- يجب عليّ أن أخطر المختصين والمسؤولين بأي تغيير يطرأ على وضعي الصحي قبل العلاجات اللاحقة
- أعلم أن العلاج المطلوب قد تم بمحض إختياري وأنه ليس هناك ضمان لنتائجه بما في ذلك الخطوات العلاجية المتعلقة بالوجه والجسم
- أعلم أنه في حالة السمّنة فإن عدد الجلسات المطلوبة غير محدد وقد يتطلب الأمر بعض الفحوصات الطبية والعلاج المناسب
- أدرك تماماً إحتمال حدوث أية مضاعفات أو تعقيدات أو إصابات تنجم عن مصادر معروفة أو غير معروفة ذات صلة أو تنجم عن العلاج المتبع

- Know and believe that there are no liabilities in any form on VISION MEDICAL & DENTAL CENTER (Abu Dhabi) in case of any side effects arising indirectly as a result of the treatment
- نعلم ونعتقد أنه لا توجد أي التزامات بأي شكل من الأشكال على VISION MEDICAL & DENTAL CENTER (Abu Dhabi) في حالة حدوث أي آثار جانبية تنشأ بشكل غير مباشر نتيجة العلاج.
- Understand that VISION MEDICAL & DENTAL CENTER (Abu Dhabi) follows a strict no refund policy
- أنا أعلم تمامًا أننا لا نقدم المبالغ المستردة على الإطلاق (CENTER (Abu Dhabi))

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 Aswathi Vipin Indicate relationship تشير إلى العلاقة dddddddddd Date تاريخ 2024-02-23	Doctor Name اسم الطبيب test test - Laser (1) Date تاريخ 2024-02-23

