

Virtue Rf Model Consent Form

نموذج الموافقة على نموذج Virtue Rf

Patient Name اسم المريض	:	tousif toplife	Emirates ID هوية الإمارات	:	111-1111-1111111-1
File No رقم الملف	:	5	DOB تاريخ الميلاد	:	2021-06-16
			Nationality جنسية	:	Other
Gender جنس	:	Male	Doctor's Name اسم الطبيب	:	Ahmad Irfan
			Date تاريخ	:	2023-12-08

I, the undersigned hereby consent to allow myself to undertake Fractional Radio Frequency Micro needling Treatment procedure as discussed during our consultation for the purpose of aesthetic enhancement

أنا الموقع أدناه أوافق على السماح لنفسي بإجراء العلاج الجزئي للترددات الراديوية بالابر الدقيقة كما تمت مناقشته خلال استشارتنا لغرض التحسين الجمالي

1. I am informed that this treatment is Microneedling combined with radiofrequency consists in inserting extremely fine, gold-plated needles into the skin which functions as electrodes for the measured release of radiofrequency at the desired depth.
2. We have discussed the nature of Virtue RF procedure and I hereby agree to adhere all safety precautions and instructions after the treatment
3. Doctor has described in detail the characteristics and nature of the treatment and how it is carried out, as well as the benefits and risks, side effects, possible aesthetic outcomes, precautions and warnings
4. I am informed that there will be pain during treatment and may cause minor risks such as Redding/ rash , Oedema , Post- inflammation pigmentation (skin darkening), blistering, scars, infection, no responder/the imperfection persists depending on how my skin respond to the treatment.
5. I am aware of the realistic expectations for, the possible risks and complications of and the alternatives to the described treatment. I am also aware that the results obtainable can vary from patient to patient, and there are no guarantees of results from the above treatment. I am aware of the common risks/complications associated with the treatment, and I understand that it is not possible to list all possible side effects related to every medical procedure.
6. I also understand that unexpected and unforeseeable situations might arise during the treatment, which may require the implementation of procedures not expressly mentioned in this document, or the modification of the procedure for which this document has been prepared. Such procedures, necessary to restore as far as possible the general or local situation to an optimal state, will be implemented with the sole objective of completing the treatment in the best way.
7. 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
8. All of my questions have been satisfactorily answered and I agree to adhere to all safety precautions and instructions after the treatment
9. Top Life Physiotherapy and Hijjama Center is not responsible for any complications that may occur due to non-compliance with the instruction required for this procedure

1. لقد علمت أن هذا العلاج هو ميكرونيلينغ المشترك مع الترددات الراديوية ويتكون من إدخال إبر دقيقة للغاية مطلية بالذهب في الجلد والتي تعمل كقطب كهربائي للإطلاق المقاس للترددات الراديوية عند العمق المطلوب
2. لقد تناقشنا حول طبيعة فيرتشو آر إف 2 و وأوافق بموجب هذا على الالتزام بجميع احتياطات وتعليمات السلامة بعد العلاج
3. وصف الطبيب بالتفصيل خصائص وطبيعة العلاج وكيفية تنفيذه ، بالإضافة إلى الفوائد والمخاطر والآثار الجانبية والنتائج الجمالية المحتملة والاحتياطات والتحذيرات
4. علمت أنه سيكون هناك ألم أثناء العلاج وقد يتسبب في مخاطر طفيفة مثل احمرار / طفح جلدي ، وذمة ، تصبغ ما بعد الالتهاب (سواد الجلد) ، تقرحات ، ندوب ، عدوى استدامة العيب يستمر اعتمادًا على كيفية الجلد لاستجابة العلاج
5. إنني على دراية بالتوقعات الواقعية والمخاطر والمضاعفات المحتملة وبدائل العلاج الموصوف. كما أنني أدرك أن النتائج التي يمكن الحصول عليها يمكن أن تختلف من مريض لآخر ، وأنه لا توجد ضمانات لنتائج العلاج أعلاه. أنا على دراية بالمخاطر / المضاعفات الشائعة المرتبطة بالعلاج ، وأدرك أنه من غير الممكن سرد جميع الآثار الجانبية المحتملة المتعلقة بكل إجراء طبي.
6. أفهم أيضًا أن المواقف غير المتوقعة وغير المتوقعة قد تنشأ أثناء العلاج ، والتي قد تتطلب تنفيذ إجراءات غير مذكورة صراحة في هذه الوثيقة ، أو تعديل الإجراء الذي تم إعداد هذه الوثيقة من أجله. مثل سيتم تنفيذ مثل هذه الإجراءات ، الضرورية لإعادة الوضع العام أو المحلي إلى الحالة المثلى قدر الإمكان ، بهدف وحيد هو إكمال العلاج بأفضل طريقة
7. أوافق على أنه إذا كان لدي أي أسئلة أو مخاوف بشأن نتائج علاجي ، فسوف أخطر العيادة على الفور حتى يمكن توفير المتابعة والتدخل في الوقت المناسب
8. تمت الإجابة علي جميع أسئلتي بشكل مرضي وأوافق على الالتزام بكل أمان
9. مركز توب لايف للعلاج الطبيعي ومركز الحجامه غير مسؤول عن أي مضاعفات قد تحدث بسبب عدم الامتثال للتعليمات المطلوبة لهذا الإجراء




أمنح بموجب هذا موافقتي الطوعية للخضوع لعلاج الفرتشوار
اف 2 وإعفاء مركز توب لايف للعلاج الطبيعي والحجامة للعلاج
الطبيعي ووظائفه الطبي والإدارات من أي مسؤولية مرتبطة
بالإجراء

'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) وفقاً
للتشريعات السارية في دولة الامارات العربية المتحدة بشكل
عام و امانة دبي بشكل خاص بما فيها القرارات الصادرة عن هيئة
الصحة في دبي'

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

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 tousif toplife Date تاريخ 2023-12-08 08:30	Witness Name اسم الشاهد 1 Date تاريخ 2023-12-08 08:30	Doctor's Name اسم الطبيب Ahmad Irfan Date تاريخ 2023-12-08 08:30