

## Alopecia Treatment Consent Form

### نموذج الموافقة على علاج الثعلبة

|                            |   |                |                              |   |                    |
|----------------------------|---|----------------|------------------------------|---|--------------------|
| Patient Name<br>اسم المريض | : | Alston Rebello | Emirates ID<br>هوية الإمارات | : | 111-1111-1111111-1 |
| File No<br>رقم الملف       | : | 17             | DOB<br>تاريخ الميلاد         | : | 1996-06-20         |
| Gender<br>جنس              | : | Male           | Doctor's Name<br>اسم الطبيب  | : | Ahmad Irfan        |
|                            |   |                | Date<br>تاريخ                | : | 2023-12-19         |

I, the undersigned hereby consent to allow myself to undertake ALOPECIA Treatment/ procedures after the nature and benefits of this treatment has been explained to me

أنا ، الموقع أدناه ، أوافق على السماح لنفسني بإجراء علاج / إجراءات علاج الثعلبة بعد شرح طبيعة وفوائد هذا العلاج.

1. I also recognize there are no guaranteed results and that independent results are dependent upon age, skin condition, and lifestyles, and that there is the possibility I may require further treatment of the treated areas to obtain the expected results at an additional cost

2. I am aware that these services will be provided to me by licensed doctors, nurses, physician's assistance, and other medical staff

3. Dizziness, swelling, allergic reaction are common and normal during and after the treatment and they will subside after a few hours

4. I acknowledge that this treatment has been thoroughly explained to me in a detailed in all clear manners with its benefits and risks and other might happens unknown and unexpected side effects from the procedure

5. 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

6. All of my questions have been satisfactorily answered and I agree to adhere to all safety precautions and instructions after the treatment

7. 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

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

1. أدرك أيضًا أنه لا توجد نتائج مضمونة وأن النتائج المستقلة تعتمد على العمر وحالة الجلد وأنماط الحياة وأن هناك احتمالًا أنني قد أحتاج إلى مزيد من العلاج للمناطق المعالجة للحصول على النتائج المتوقعة بتكلفة إضافية

2. أدرك أن هذه الخدمات سيتم توفيرها لي من قبل أطباء وممرضات ومساعدة طبيب وطاقم طبي آخر

3. الدوخة والتورم والحساسية شائعة وطبيعية أثناء العلاج وبعده وسوف تختفي بعد ساعات قليلة

4. أقر بأن هذا العلاج قد تم شرحه لي بالتفصيل وبكل طريقة واضحة مع فوائده ومخاطره وغيرها من الآثار الجانبية غير المعروفة وغير المتوقعة من الإجراء

5. 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




6. تمت الإجابة على جميع أسئلتي بشكل مرضي وأوافق على الالتزام بجميع احتياطات وتعليمات السلامة بعد العلاج

7. مركز توب لايف للعلاج الطبيعي ومركز الحجامة غير مسؤول عن أي مضاعفات قد تحدث بسبب عدم الامتثال للتعليمات المطلوبة لهذا الإجراء

8. أمنح بهذا موافقتي على الخضوع لعلاج الثعلبة وأعفي مركز توب لايف للعلاج الطبيعي ومركز الحجامة وطاقمه الطبي وإدارته من أي مسؤولية مرتبطة بهذا الإجراء.

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) وفقاً للتشريعات السارية في دولة الامارات العربية المتحدة بشكل عام و امارة 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<br>قم بالتوقيع هنا، فقط إذا تمت الإجابة على جميع أسئلتك بما يرضيك |   |   |
| Patient<br>مريض  | witness   | Doctor<br>طبيب  |
|   |  |  |
| Patient Name<br>اسم المريض<br>Alston Rebello<br><br>Date<br>تاريخ<br>2023-12-19 12:30  | Witness Name<br>اسم الشاهد<br>s<br><br>Date<br>تاريخ<br>2023-12-19 12:30          | Doctor's Name<br>اسم الطبيب<br>Ahmad Irfan<br><br>Date<br>تاريخ<br>2023-12-19 12:30 |