

Microneedling Consent Form

نموذج الموافقة على الوخز بالإبر الدقيقة

Patient Name اسم المريض	:	Alston Rebello	Emirates ID هوية الإمارات	:	111-1111-1111111-1
File No رقم الملف	:	17	DOB تاريخ الميلاد	:	1996-06-20
Gender جنس	:	Male	Doctor's Name اسم الطبيب	:	Ahmad Irfan
			Date تاريخ	:	2023-12-15

I, the undersigned hereby consent to allow myself to undertake Micro needling procedure which discussed during our consultation for the purpose of aesthetic enhancement.

أنا ، الموقع أدناه ، أوافق على السماح لنفسي بالقيام بإجراءات ميكرونيديليغ التي تمت مناقشتها خلال استشارتنا لغرض التحسين الجمالي

1. Micro needling are temporary to long-lasting solutions administered through a few tiny facial injections on specific areas of the face.

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

3. Bruises, swelling, redness, 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 others might happen from 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.

1. ميكرونيديليغ هي حلول مؤقتة إلى طويلة الأمد تدار من خلال عدد قليل من حقن الوجه الصغيرة في مناطق معينة من الوجه.

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

3. الكدمات والتورم والاحمرار والحساسية شائعة وطبيعية أثناء العلاج وبعده وستختفي 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. 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

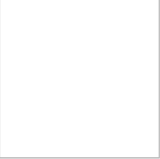
8. I hereby give my voluntary consent to undergo Micro needling and release Top Life Physiotherapy and Hijjama Center, its medical staff, and administrations from any liability associated with the procedure.

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

8. أمنح بموجب هذا موافقتي الطوعية على الخضوع لبرنامج ميكرونيديلينغ وإطلاق سراح مركز توب لايف للعلاج الطبيعي ومركز الحجامة والطاقم الطبي والإدارات من أي مسؤولية مرتبطة بالإجراء بموجب موافقتي علي إجراء العلاج التجميلي وهي ميكرونيديلينغ دون ادني مسؤولية علي مركز توب لايف الطبي والطاقم الطبي وإدارته من أي مسؤولية مرتبطة بالإجراء

'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 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
		
Patient Name اسم المريض Alston Rebello Date تاريخ 2023-12-15 19:15	Witness Name اسم الشاهد ss Date تاريخ 2023-12-15 19:15	Doctor's Name اسم الطبيب Ahmad Irfan Date تاريخ 2023-12-15 19:15