

نموذج الموافقة

لقد تم مناقشة طبيعة الحالة، والعلاج المقترح لها، واحتمالات النجاح ومخاطر الآثار الجانبية المحتملة المرتبطة بمثل هذا العلاج /الاجراء. كما هي الحال قد تتسبب بعض الاجراءات والعلاجات الطبية بحدوث بعض الآثار الجانبية المؤقتة من جراء هذا العلاج او الاجراء التي تم المناقشة والاتفاق على اجرائها.

من خلال توقيعك على هذا النموذج، فأنت بذلك تأكد وتوافق على ما يلي:

1- لقد تم شرح كل تفاصيل الاجراء / العلاج ، خطوات العلاج ، المخاطر ، المضاعفات والارشادات ما قبل وبعد الاجراء تفصيلا كاملا من قبل الدكتور المعالج. وكذلك تم مناقشة النتائج المتوقعة بعد الاجراء وكذلك طبيعة المضاعفات التي قد تنجم وبالتالي ليس هنالك أي ضمان بشكل صريح أو ضمني على النتائج المتوقعة للعلاج المتفق عليه.

2-لقد تم مناقشة الآثار الجانبية المحتملة للعلاج مثل: طفح الجلدي،حساسية ، كدمات، ألم مؤقت ،حكة واحمرار، التهاب، بداية من الهربس، ظهور حب الشباب، حروق وتقرحات ، نخر الدهون، تاثر العصب الوجهي، نتيجة تجميلية غير مرضية، تورم، تصبغ الجلد، ارتخاء الجفون وعدم توافق مستوى الحواجب.

3-أصرح أنه من خلال ملء الاستبيان الطبي،أكون قد أجبت على المعلومات المتعلقة بالتاريخ الطبي بشكل صريح، وأنا لم الامتناع عن إعطاء أي معلومات تتعلق بوضعي الصحي .

4-لقد قرأت واستوعبت كل الخيارات المتوفرة لهذا الاجراء، وأنا مدرك للأخطار والمضاعفات الممكنة للإجراء المقترح وموافق عليها. وتم شرح ذلك لي بالتفصيل. وقد أعطيت الفرصة لشرح كل الاسئلة المتعلقة بالاجراء أو العلاج المقترح. وقد تمت الاجابة عن كل اسئلتي واستفساراتي واعتراضاتي بشكل واضح ومفصل لكل تفاصيل الاجراء وأنا جدا راضي عن كل المعلومات التي أعطيت لي.

التقشير/ تقشير الكريستال	علاج الاوعية الدموية بالليزر	بوتكس	
ديرماملان ماسك	حقن تدويب الشحوم والدهون	فيلرز	
حقن الميزوثيرابي	ازالة الشعر بالليزر	ليزر تجديد سطح البشرة	
LPG علاج السليويت وشد الجسم ب مساج اندرمولوجي	ازالة الوشم بالليزر	علاج البشرة بالليزر	
علاجات أخرى			

Name: _____ Signature: _____
الاسم الكامل التوقيع

Consultant's Signature: _____ Date: _____
توقيع الطبيب المعالج التاريخ

