

Consent for Facial Treatment

File No رقم الملف : 38713	Date of Birth تاريخ الميلاد : 18-Mar-1991
Name الاسم : CHANDAR KUMAR KEWLANI	Gender نوع الجنس : Male
Nationality : Indian	Date التاريخ : 14-Feb-2024
Emirates ID : 784-1991-2163158-6	

الهدف من علاج الوجه كما هو الحال في أي إجراء تجميلي ، هو التحسين ، وليس الكمال. أفهم أن نتائجي قد لا تكون مثالية. في حالة علاج الوجه ، يختلف عدد العلاجات اللازمة بين الأفراد والمناطق التي يتم علاجها.

أفهم أن ممارسة التجميل ليست علمًا دقيقًا وأنه لا يمكن تقديم أي ضمانات محددة بشأن النتائج المستتناة.

Yes ☐ No ☐

هل هذا أول علاج للوجه لك؟

Enter Any Text

هل هناك أي مجالات محددة تهتمك؟

Enter Any Text

هل أنت حاليًا تحت رعاية طبيب لأي حالة جلدية أو مشكلة أخرى؟

Yes ☐ No ☐

هل أنت حامل أو تعتقد أنك حامل؟

Enter Any Text

Yes ☐ No ☐ إذا كانت الإجابة بنعم ، أي نوع؟

هل تأخذين وسائل منع

Enter Any Text

Yes ☐ No ☐ إذا كانت الإجابة بنعم ، أي نوع؟

هل تتناول أدوية بديلة للهرمونات؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم ، أي نوع؟

Yes ☐ No ☐

هل ترتدي العدسات اللاصقة؟

Yes ☐ No ☐

هل تعاني من الإجهاد؟

Yes ☐ No ☐

هل تم تشخيصك بسرطان الجلد؟

هل تستخدم حاليًا أو سبق لك استخدام أي من الأدوية المدرجة؟ ضع دائرة حول كل ما ينطبق.

Glycolic or Alphahydroxy Acids ☐ Azelex ☐ Differin ☐ Renova ☐ Retin-A ☐ Tazarac ☐

منذ متى وأنت تستخدم الدواء المحاط بدائرة أعلاه؟

Enter Any Text

هل لديك أي نوع من الحساسية؟ نعم لا ؟

Enter Any Text

هل تتناول حاليًا أي أدوية؟ نعم / لا إذا كانت الإجابة بنعم ، فما نوعها وكم مدتها
Yes ☐ No ☐

هل سبق لك استخدام Accutane؟ نعم / لا Yes ☐ No ☐

هل لديك حب الشباب؟ نعم / لا Yes ☐ No ☐

إذا كانت الإجابة بنعم ، فإلى متى ؟ هل تعاني من عيوب متكررة؟ نعم / لا
Yes ☐ No ☐

أي من هذه المنتجات تستخدمه حاليًا على وجهك؟ ضع دائرة حول كل ما ينطبق

Enter Any Text Soap ☐ Cleansing Milk ☐ Toner ☐ Scrub ☐ Mask ☐ Cream ☐ Sunscreen ☐ Other ☐

Enter Any Text

كم من الماء العادي تستهلك يوميًا؟

هل سبق لك أن عانيت من أي من الحالات التالية على بشرتك؟ ضع دائرة حول كل ما ينطبق.

Flakiness ☐ Tightness ☐ Obvious Dryness ☐

هل واجهت تآلق زيتي خلال النهار؟ نعم / لا / من حين لآخر ؟ Yes ☐ No ☐ Occasionally ☐

هل تعاني حاليًا من الدورة الشهرية؟ نعم / لا Yes ☐ No ☐

هل بدأت أي دواء جديد؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم ، أي نوع؟ Yes ☐ No ☐

Enter Any Text

هل جميع المعلومات الموجودة في نموذج تاريخك الصحي محدثة؟ نعم / لا إذا كان الجواب بالنفي ، يرجى استكمال نموذج صحة جديد.

If no, please complete a new Health History Form. ☐ Yes ☐ No ☐

أفهم أنني قد أشعر ببعض الانزعاج والاحمرار والتورم لمدة ساعتين إلى 7 أيام ، والحكة أو التهيج ، وتقشير الجلد أو التقشر لمدة تصل إلى 7 أيام بعد العملية ، وقد يكون لدي ندبات محتملة نتيجة لذلك

قراري الخضوع لهذا العلاج وأقر بأنني قد قرأت وفهمت بالكامل الموافقة المذكورة أعلاه. لقد أتيت لي فرصة كبيرة للمناقشة وتم الرد على جميع أسئلتي بما يرضي. أوافق بموجب هذا على إجراء علاج الوجه. ويشكل هذا الإفشاء الكامل ويحل محل أي إفصاحات شفوية أو مكتوبة سابقة. المركز الطبي الأسترالي غير مسؤول عن أي إصابة أو رد فعل تحسسي أو أي خدش جلدي نتيجة للخدمات التي تتم علي.

:Client Signature

:Date

Feb-2024-14

:Aesthetician Signature

Dr. Sandia Bhojwani
General Practitioner
DHA No: 65808212-001
PESHAWAR MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

:Date

Feb-2024-14