



File No: .....

Date: / /

Date: 7/15/2020

File Number: 10001505

Patient Name: Tharakaia

اسم المريض: ثاراكيا

Date Of Birth: 28/5/54

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Gender: (الجنس): M / F

Nationality: (الجنسية):

Occupation: (الوظيفة):

Address: (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 05495065539

E-MAIL: a.hajj@orchidmedicalcenter.com

Phone No. (رقم الهاتف): 05495065539

التاريخ الطبي	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details
<b>Medical Condition</b> <b>الحالة الطبية</b>		إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	✓	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	✓	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	✓	حساسية جيتونانصية
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	✓	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	✓	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	✓	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	✓	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	✓	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	✓	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	✓	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى	✓	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	✓	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	✓	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	✓	
Other conditions HSV, HIV...etc	✓	هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الأبتيز، فيروس الحلا البسيط...etc



### Medical Consent Form

- I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition which has been explained to me by the qualified physician
- I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.
- I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.
- I authorize my treating doctor to perform any procedures which are advisable in their professional judgment.
- I understand that no warranty or guarantee has been made to me as a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment.
- I understand that there are also risks and hazards to the performance of the diagnostic and/or surgical procedures.
- I realize that common surgical or diagnostic procedures are potential for an infection, swelling, bleeding, pain or allergic reaction.
- I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full before the completion of treatment.
- I consent that all medical history and information I provided in my medical file is true and I understand that any information I provide regarding my medical status will be kept confidential and anonymous.
- I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that this form has been fully explained to me and that I have read it and I understand its' content and I sign it with all my will.

### نموذج اقرار طبي

- أوافق وأسبح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تعهدات لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي قضي الملف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإفلاخ عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكافية لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

توقيع المريض / ولي الأمر (من هيردون السن القانونية):

Date: ... / ... / .....

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نمط الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، إخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

10/6/2020

MESOTHERAPY

Redensity II

under

filler under

eye + lips

skin filler

خطة

Doctor's Signature and Stamp

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
14/5/2020	Venerup prep done 2 PFM 16 Veners			Dr Amira
23/5/2020	Shade-BL Neck Anchor			Dr Amira
30/9/2020	110 TJ			Dr Amira
20/2020	upper face Nose			Dr Amira
17/6/2020	consult			Dr Amira
24/6/2020				Dr Amira

د. بشار علي ديب  
**Dr. Bashar Aldib**  
 اخصائي - امراض جلدية  
 Specialist - Dermatology  
 MOH License No.: D59826  
 Orchid Medical Centre  
 مركز اوركيد الطبي

د. بشار علي ديب  
**Dr. Bashar Aldib**  
 اخصائي - امراض جلدية  
 Specialist - Dermatology  
 MOH License No.: D59826  
 Orchid Medical Centre  
 مركز اوركيد الطبي

د. بشار علي ديب  
**Dr. Bashar Aldib**  
 اخصائي - امراض جلدية  
 Specialist - Dermatology  
 MOH License No.: D59826  
 Orchid Medical Centre  
 مركز اوركيد الطبي

د. بشار علي ديب  
**Dr. Bashar Aldib**  
 اخصائي - امراض جلدية  
 Specialist - Dermatology  
 MOH License No.: D59826  
 Orchid Medical Centre  
 مركز اوركيد الطبي

Teosyal PureSense  
 Ultra Deep  
 LOT | TSUL - 191123B  
 2021-03  
 1.2ml  
 Medecin

Teosyal PureSense  
 Redensity II  
 LOT | TSRL - 184023A  
 2020-10  
 1ml  
 Medecin

Cytocel Deep Wrinkles  
 01AHD-2511101  
 019GS-DW/A  
 07/2021  
 1x1.1ml

chin  
 Nose

## استمارة الموافقة على العلاج بخيوط PDO

التاريخ: \_\_\_\_\_

أوافق على المعالجة بخيوط PDO وقد تم شرح أن هذه الخيوط من مادة بولي ديوكسانون المعقمة مع الكانيولا والتي تزرع تحت الجلد في الطبقة الشحمية لشد الوجه وإعطاء النضارة.

تزداد النتائج بالتحسن لمدة شهرين وتستمر النتائج لمدة 10 إلى 12 شهر.

ينصح بعدم تناول الأدوية المسيلة للدم قبل و بعد أسبوعين من الإجراء.

### الآثار الجانبية

ألم في الأسبوع الأول-إحساس شد في المنطقة كدمات-تورم-إحساس تحرك محدد-عدم تناظر بالوجه-غمازات بالجلد-التهاب وحمج بالجلد-أذية بالأعصاب أو الأوعية الدموية.

معظم هذه الاختلاطات مؤقتة.

أتفهم أن النتائج تختلف من شخص لآخر وتعتمد على حالة الشخص، وأن المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج وعدم نشر الصور إلا بالموافقة الموقعة مني.

التوقيع: \_\_\_\_\_

اسم المريض: \_\_\_\_\_

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO\*

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

**Public Data Verification report****File****Valid Signature?**

Non-Modifiable Data (SF3) False

Modifiable Data (SF5) False

Holder Signature Image (SF7) False

Photography False

Home Address False

Work Address False

**Card Holder Information**

<b>Name</b>	Thoraia,Saied,,,Fouaad	<b>IDN:</b>	784198503065140	<b>Mother Name:</b>	Thohria,Ali
<b>Name (Ar)</b>	ثريا سعيد فواد	<b>Card Number:</b>	083906223	<b>Mother Name (Ar):</b>	ثريا علي
<b>Title:</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	ARE الإمارات العربية المتحدة	<b>Family ID:</b>	401005989
<b>Title(Ar):</b>		<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	02
<b>Issue Date:</b>	13/06/2017	<b>Date of Birth:</b>	04/05/1985	<b>Sponsor Name:</b>	محمد زهران سالم طارش النوي النعيمي
<b>Expiry Date:</b>	13/06/2022	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	265179
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Residency Number:</b>	40120003002276	<b>Residency Expiry:</b>	13/08/2009
<b>Residency Type:</b>	03	<b>Occupation:</b>	10	<b>Occupation Field:</b>	
<b>ID Type:</b>	ID				



Photo

Signature Image

<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

5/7/2020

شركة السيد / ثريا سعيد فؤاد ، هندن ميم  
(0-0306514-4985)

لقد تممت بعمل حاسوب في مركز أوركيد الطبي وادفع

2000 والمسبق (520) أنقصه بدفع المبلغ

لمبلغ السبب (2020/05/30) وعلى ذلك أود

التوقيع  
ثريا سعيد فؤاد



٥





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,000.00

No: REC-008965

RECEIPT VOUCHER

Date: 23-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004505 - THORAIA 000 - 971545065539

The sum of Dhs. **Two Thousand Only**By Cash **2,000.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being advance for 6 threads + vat balance 520

Made by **Rana**

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omcl.ae**  
**www.omcl.ae**



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 5,250.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008961)

Date: 23-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004505 - THORAIA 000 - 971545065539

The sum of Dhs. Five Thousand Two Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 2,625.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 2,625.00

Bank: Cheque No. Date: 23-05-2020

Being 16 veneers + 2 porcelain crown + vat

Made by Rana

1. Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
2. Treatment includes lab cost is non-refundable.
3. After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1004505 - THORAIA 000 - 971545065539

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae  
www.omc1.ae





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

**TAX INVOICE (NO. INV-C0084443)**

Patient File # : 1004505  
Patient Name : THORAIA 000  
Doctor : Dr.WESAM  
VAT Reg # : 100479302000003

Visit Date : 30-05-2020  
Insurance : Cash  
Invoice Date : 30-05-2020

Sl.No	Code	Service	Unit Price	Quantity	Gross	Discount	VAT %	VAT Amount	Net
1.	B0001	BOTOX	1,000.00	1	1,000.00	0.00	5.00	50.00	1,000.00
<b>Gross Total (in AED)</b>									<b>1,000.00</b>
<b>Discount (in AED)</b>									<b>0.00</b>
<b>Net Total (in AED)</b>									<b>1,000.00</b>
<b>VAT TOTAL</b>									<b>50.00</b>
<b>NET + VAT TOTAL</b>									<b>1,050.00</b>
<b>Paid (in AED) (Cash)</b>									<b>-1,050.00</b>
<b>Balance (in AED)</b>									<b>0.00</b>
<b>Advance Balance (in AED)</b>									<b>0.00</b>

**Prepared By** Rana

dysport botox for upper face 700 + nose 300 + vat

**Patient Signature**

Kindly note that this automated and uniquely dated invoice is payable on this visit before leaving the Center deposit will be automatically deducted upon settlement.

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e – mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009637)

Date:24-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004505 - THORAIA 000 - 971545065539

The sum of Dhs. Two Thousand Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 2,000.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-06-2020

Being 6 threads + vat

Made by Rana

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1004505 - THORAIA 000 - 971545065539

TEL: +9716 555 8337 Fax: +9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae  
www.omc1.ae

*[Handwritten signature and date 06/20]*



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 520.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-009638)

Date: 24-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004505 - THORAIA 000 - 971545065539

The sum of Dhs. Five Hundred Twenty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 520.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-06-2020

Being

Made by Rana

1. Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
2. Treatment includes lab cost is non-refundable.
3. After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1004505 - THORAIA 000 - 971545065539

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,480.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009641)

Date:24-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004505 - THORAIA 000 - 971545065539

The sum of Dhs. **One Thousand Four Hundred Eighty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **1,480.00**

Bank: Cheque No.

Date: 24-06-2020

Being

Made by **Rana**

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : **1004505 - THORAIA 000 - 971545065539**

**Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae**  
**www.omc1.ae**

## ورقة موافقة على العلاج بالفيلر

التاريخ: \_\_\_\_\_

أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الفيلر وكل التفاصيل المتعلقة  
بها، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه.

لقد تم إبلاغي باحتمال ظهور بعض الأعراض الجانبية المصاحبة لحقن مادة الفيلر، والتي من المحتمل  
ظهورها بعد الجلسة مباشرة أو مؤخرا والتي قد تحتوي على:

التهابات (احمرار، وذمة، إلخ) وأيضا قد تصاحب شعور بالحك، ألم عند الضغط وذلك يكون بعد الحقن  
مباشرة. هذه الأعراض قد تستمر لمدة أسبوع.

ورم دموي - تيبس في المنطقة المحقونة - حدوث انتفاخ او تورم او التهاب او  
حساسية - حدوث تأثير بسيط أو عدم حدوثه

بشكل عام تكون هذه العلامات بدرجة معتدلة الى خفيفة وسوف تختفي من تلقاء نفسها بعد عدة أيام من جلسة  
الحقن.

الآثار النادرة الأخرى تتضمن:

لا يمكن التنبؤ بمدى استمرارية الفيلر في الجسم سواء أقصر أو أطول من المدة المتوقعة  
عدم تناظر الوجه - تغير طويل الأمد في لون الجلد - خمج فيروسي أو خمج جرثومي

ندبة-تقرح - ورم حبيبي - صدمة تحسسية - العمى  
لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير  
العلاج قد يستمر لمدة 6 إلى 9 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح.

إنني أفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء او  
تأجيل المواعيد. وأيضا أفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من  
الصور او الوصف المرفق

نعم لا

اسم المريض: \_\_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_\_

اسم المعالج: \_\_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_\_





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009036)

Date:30-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004505 - THORAIA 000 - 971545065539

The sum of Dhs. One Thousand Fifty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 1,050.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 30-05-2020

Being dysport botox for upper face 700 + nose 300 + vat

Made by Rana

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1004505 - THORAIA 000 - 971545065539

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-009317

Date: 10-06-2020

## RECEIPT VOUCHER

AED 2,000.00

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004505 - THORAIA 000 - 971545065539**The sum of Dhs. **Two Thousand Only**By Cash **2,000.00** / By Credit Card **0.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: \_\_\_\_\_ Cheque No. \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Being **advance for 3 porcalain crown 1200 + vat + filler 1900 + vat balance 1255**Made by **Rana**

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Tel : +9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae  
www.omc1.ae

10/6/20  
Rana

## ورقة الموافقة على البوتكس

التاريخ: \_\_\_\_\_

أنا السيد/السيدة \_\_\_\_\_ أؤكد بأنه تم شرح لنا كيفية العلاج باستخدام البوتكس وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه كحال جميع الادوية البوتكس قد يحتوي على آثار جانبية. هذه الردود العكسية قد تكون متعلقة بالعلاج، إما بسبب المنتج أو الفرد، لكن بشكل عام هذه المضاعفات قد تحدث في الأيام الأولى التي تتبع يوم الحقن وتكون بشكل مؤقت. معظم الحالات التي تم تسجيلها تكون بدرجة معتدلة إلى خفيفة. كما هو متوقعة بعد الحقن سوف يكون هناك شعور بألم وحرق وتيبس وتورم وزرراق.

من الآثار الجانبية الشائعة التي من الممكن حدوثها: صداع، زغلة، احمرار، تراخي بعضلات الوجه وألم في الوجه.

من الآثار الجانبية الغير شائعة: التهاب، غثيان، تدمير، التهاب في الجفن، ألم في العين، عدم رؤية واضحة، جفاف في الفم، تيبس الشفاء، تورم في الوجه وحول العين، حساسية ضد الضوء، تشنج بالعضلات، أعراض الانفلونزا، ضعف وحرارة.

الآثار الجانبية التالية قد تكون نادرة: حكة، طفح جلدي، قشعريرة، أنواع مختلفة من الطفح الجلدي الأحمر، حساسية قوية (تورم وتحديدا في الوجه والمجرى الهوائي مما يسبب صعوبة بالتنفس)، هبوط الحاجب أو الجفن، سماع طنين بالأذن وقلة السمع، حساسية في صعوبة البلع والتنفس والكلام.

لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 4 إلى 6 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح. إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا اتفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبدل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور او الوصف المرفق  
نعم لا

التوقيع: \_\_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_\_

اسم المريض: \_\_\_\_\_

اسم المعالج: \_\_\_\_\_