

1. _____ 4. _____ 7. _____
2. _____ 5. _____ 8. _____

DATE	FOLLOW UP	NEXT VISIT
28.8.24	VA HAIR REMOVAL CYNOSURE (18 mm) NDYAG PN: 40 J: 16 RP: 1.5	

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبية المعالج لي لمقابلتي وأجراء الكشف علي والقيام بتشخيصي ومعالجتي بالأدوية أو العقاقير أو عمليات إن إحتاج الأمر ، وأنا أدرك أن من مسؤوليتي الحضور في الوقت المحدد لمواعيدي واتباع أوامر الطبيب المعالج لي كما أدرك بأنني لدي الحق في طلب رأي ثاني لو لم أكن راضيا / راضية عن الرعاية المقدمة لي.

وأوافق على أي اجراء فحص طبي إن طلب مني من أجل تقديم رعاية طبية صحيحة.

وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: أمينة عبد الرحيم

التاريخ: ١٥.٦.٢٤

ملف رقم: ٥ 39048

التوقيع: omnia

Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 31073601447 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 01/08/2010 تاريخ الميلاد:
Expiry: 18/05/2025 الصلاحية:



Nationality: سودانية الجنسية:
Occupation: طالبه المهنة:

الاسم: أمنية عبدالرحيم أحمد محمد

Name: OMNIA ABDEL RHIM AHMAD MOHAMED

Passport Number:

P09493664

Passport Expiry:

03/06/2032

Serial No

30131073601447

Residency Type:

عائلية

Employer:

ابتهاال عبدالله الطيب الشيخ

مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



رقم جواز السفر:
تاريخ انتهاء الجواز:
الرقم المسلسل:
نوع الرخصة:
المستقدم:



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Dr. LEILA H. MEDICAL CENTRE W.L.L



مركز د. ليلي حامد الطبي ذ.م.م

بسم الله الرحمن الرحيم

مركز د/ ليلي حامد الطبي

نموذج موافقة على إزاله الشعر

ليزر السالينشور النقي يقوم بإطلاق دفعه مكثفه من الضوء يتم إمتصاصها بواسطة بصيلات الشعر يرتدي جميع المتواجدين في غرفه العلاج بما فيهم أنا غطاء وقائي للعين لحماية العين من التضرر من هذا الضوء الكثيف.

يكون الإحساس بالضوء غير مريح وقد تشعر بشعور يماثل الإحساس بالحرارة والذي قد يستمر لعدة ساعات.

قد تصبح المنطقة التي تم علاجها حمراء لعدة ساعات أو عدة أيام، قد تحدث تقرحات لذا ينبغي التعامل مع هذه المنطقة برفق بعد العلاج واستخدام الكريم الموصوف من قبل الطبيب.

هناك بعض الإجراءات التي قد تكون ضروريه وقد تم إخباري بأن فرط التصبغ (حدوث دكاته في الجلد) ونقص التصبغ (يصبح لون الجلد فاتح) هي من المخاطر والمضاعفات المتوقعة من ذلك الإجراء.

وقد فهمت التعرض للشمس وعدم إتباع تعليمات العناية ما بعد المعالجة من شأنها أن تزيد من فرصة تعرضي للمضاعفات.

لقد قمت بقراءة وفهم جميع المعلومات التي تم منحها لي قبل التوقيع على الموافقة وقد تم منحي الفرصه للأسئله.

المريض أو (الوصي القانوني)

10 JUN 2024

التاريخ:

الشاهد: