

الموافقة على إزالة الشعر بالليزر

اقرأ هذا النموذج أو اطلب أن يُقرأ لك، واسأل عن أي شيء قبل التوقيع.

اسم المريض رقم الملف تاريخ الميلاد
الهاتف التاريخ الطبيب
المنطقة المعالجة الجهاز
عدد الجلسات المتوقع نوع البشرة

ما الإجراء

يرسل جهاز الليزر أو الضوء نبضات إلى بصيلات الشعر ليقطع نموه. تحتاج إلى عدة جلسات بينها أسابيع. قد تشعر بوخز أو حرارة أثناء النبضة.

الفوائد المتوقعة

شعر أقل وأنعم في المنطقة المعالجة. تختلف النتيجة من شخص لآخر، وقد يعود بعض الشعر.

المخاطر

يكتب الطبيب المخاطر التي تنطبق عليك ويشرحها لك.

مخاطر شائعة

مخاطر نادرة لكنها خطيرة

البدائل

الحلاقة، والشمع، والخيط، والكريمات المزيل، والتحليل الكهربائي.

إذا لم يتم الإجراء

يستمر نمو الشعر كما هو.

ما ألتزم به بعد الإجراء

- تجنب الشمس حسب التعليمات المكتوبة.
- عدم استخدام الشمع أو النتف بين الجلسات.
- إبلاغنا بأي دواء جديد قبل كل جلسة.

الموافقة على إزالة الشعر بالليزر

الموافقة والتوقيعات

التصوير

كل خيار منفصل. رفض التصوير لا يؤثر على علاجك.

- ☐ أوافق على التصوير لملفي الطبي فقط.
- ☐ أوافق على استخدام الصور دون إظهار هويتي للتعليم الطبي.
- ☐ أوافق على استخدام الصور في تسويق العيادة.

الأسئلة

☐ أُتيحت لي فرصة السؤال، وأُجيب عن أسئلتني بما يكفي.

إقرار المريض

قرأت هذا النموذج أو قُرئ لي بلغة أفهمها. فهمت الإجراء وفوائده ومخاطره وبدائله، وأوافق عليه. أعلم أنني أستطيع سحب موافقتي قبل بدء الإجراء.

اسم المريض

التوقيع

التاريخ والوقت

ولي الأمر (للقاصرين أو من لا يستطيع التوقيع)

الاسم

صلة القرابة

رقم الهوية

التوقيع

الشاهد

الاسم

التوقيع

إقرار الطبيب

شرحت للمريض أو لولي أمره الإجراء وفوائده ومخاطره وبدائله، وأُجبت عن أسئلته.

اسم الطبيب

التوقيع

التاريخ

المترجم (إن وُجد)

الاسم واللغة

التوقيع

الموافقة على الحقن التجميلي (الفيلا والботوكس)

اقرأ هذا النموذج أو اطلب أن يُقرأ لك، واسأل عن أي شيء قبل التوقيع.

اسم المريض رقم الملف تاريخ الميلاد
الهاتف التاريخ الطبيب
المادة المناطق
الكمية أو الوحدات رقم التشغيلة

ما الإجراء

تُحقن المادة بإبرة دقيقة أو قنية في مناطق محددة من الوجه. الفيلا يملأ أو يعيد الحجم، والботوكس يرخي عضلات بعينها.

الفوائد المتوقعة

خطوط أنعم أو حجم مستعاد. التأثير مؤقت ويزول مع الوقت.

المخاطر

يكتب الطبيب المخاطر التي تنطبق عليك ويشرحها لك.

مخاطر شائعة

مخاطر نادرة لكنها خطيرة

البدائل

عدم العلاج، أو العناية بالبشرة، أو إجراءات أخرى يشرحها الطبيب.

إذا لم يتم الإجراء

تستمر التغيرات الطبيعية في البشرة كما هي.

ما ألتزم به بعد الإجراء

- اتباع ورقة تعليمات ما بعد الحقن.
- الاتصال بالعيادة فوراً عند تغير لون الجلد أو النظر.
- حضور موعد المراجعة.

الموافقة على الحقن التجميلي (الفيلا والبولتوكس)

الموافقة والتوقيعات

التصوير

كل خيار منفصل. رفض التصوير لا يؤثر على علاجك.

- ☐ أوافق على التصوير لمفلي الطبي فقط.
- ☐ أوافق على استخدام الصور دون إظهار هويتي للتعليم الطبي.
- ☐ أوافق على استخدام الصور في تسويق العيادة.

الأسئلة

☐ أُتيحت لي فرصة السؤال، وأُجيب عن أسئلي بما يكفي.

إقرار المريض

قرأت هذا النموذج أو قُرئ لي بلغة أفهمها. فهمت الإجراء وفوائده ومخاطره وبدائله، وأوافق عليه. أعلم أنني أستطيع سحب موافقتي قبل بدء الإجراء.

اسم المريض

التوقيع

التاريخ والوقت

ولي الأمر (للقاصرين أو من لا يستطيع التوقيع)

الاسم

صلة القرابة

رقم الهوية

التوقيع

الشاهد

الاسم

التوقيع

إقرار الطبيب

شرحت للمريض أو لولي أمره الإجراء وفوائده ومخاطره وبدائله، وأُجبت عن أسئلته.

اسم الطبيب

التوقيع

التاريخ

المترجم (إن وُجد)

الاسم واللغة

التوقيع

الموافقة على التقشير الكيميائي وعلاجات البشرة

اقرأ هذا النموذج أو اطلب أن يُقرأ لك، واسأل عن أي شيء قبل التوقيع.

اسم المريض رقم الملف تاريخ الميلاد
الهاتف التاريخ الطبيب
العلاج المادة أو الجهاز
المنطقة عدد الجلسات المتوقع

ما الإجراء

يوضع محلول على الجلد ليزيل طبقاته السطحية بطريقة مضبوطة، أو يُستخدم جهاز حسب العلاج المكتوب أعلاه. قد يتبع ذلك احمرار وتقشر.

الفوائد المتوقعة

بشرة أنعم ولون أكثر توحيدًا. قد تحتاج إلى عدة جلسات.

المخاطر

يكتب الطبيب المخاطر التي تنطبق عليك ويشرحها لك.

مخاطر شائعة

مخاطر نادرة لكنها خطيرة

البدايل

منتجات العناية بالبشرة، أو أجهزة أخرى، أو عدم العلاج.

إذا لم يتم الإجراء

تبقى البشرة على حالها.

ما ألتزم به بعد الإجراء

- استخدام واقي الشمس يوميًا.
- عدم نزع القشور.
- إيقاف المنتجات التي طلب الطبيب إيقافها.

الموافقة على التقشير الكيميائي وعلاجات البشرة

الموافقة والتوقيعات

التصوير

كل خيار منفصل. رفض التصوير لا يؤثر على علاجك.

- ☐ أوافق على التصوير لملفي الطبي فقط.
- ☐ أوافق على استخدام الصور دون إظهار هويتي للتعليم الطبي.
- ☐ أوافق على استخدام الصور في تسويق العيادة.

الأسئلة

☐ أُتيحت لي فرصة السؤال، وأُجيب عن أسئلي بما يكفي.

إقرار المريض

قرأت هذا النموذج أو قُري لي بلغة أفهمها. فهمت الإجراء وفوائده ومخاطره وبدائله، وأوافق عليه. أعلم أنني أستطيع سحب موافقتي قبل بدء الإجراء.

اسم المريض

التوقيع

التاريخ والوقت

ولي الأمر (للقاصرين أو من لا يستطيع التوقيع)

الاسم

صلة القرابة

رقم الهوية

التوقيع

الشاهد

الاسم

التوقيع

إقرار الطبيب

شرحت للمريض أو لولي أمره الإجراء وفوائده ومخاطره وبدائله، وأُجبت عن أسئلته.

اسم الطبيب

التوقيع

التاريخ

المترجم (إن وُجد)

الاسم واللغة

التوقيع

الموافقة على إجراء جراحي صغير

اقرأ هذا النموذج أو اطلب أن يُقرأ لك، واسأل عن أي شيء قبل التوقيع.

اسم المريض رقم الملف تاريخ الميلاد
الهاتف التاريخ الطبيب
الإجراء الموقع
نوع التخدير عينة للمختبر (نعم / لا)

ما الإجراء

إزالة أو إصلاح آفة (مثل كيس أو شامة أو زائدة جلدية) تحت تخدير موضعي، ثم إغلاق الجرح بغرز أو تركه يلتئم.

الفوائد المتوقعة

إزالة الآفة، ومعرفة طبيعتها إذا أُرسلت عينة للمختبر.

المخاطر

يكتب الطبيب المخاطر التي تنطبق عليك ويشرحها لك.

مخاطر شائعة

مخاطر نادرة لكنها خطيرة

البدائل

المتابعة دون تدخل، أو طرق أخرى كالتجميد أو الليزر، أو التحويل.

إذا لم يتم الإجراء

قد تبقى الآفة كما هي أو تكبر أو تسبب أعراضاً. يشرح الطبيب ما ينطبق عليك.

ما ألتزم به بعد الإجراء

- العناية بالجرح كما شُرح لي.
- حضور موعد فك الغرز وموعد النتيجة.
- الاتصال بالعيادة عند النزيف أو علامات الالتهاب.

الموافقة على إجراء جراحي صغير

الموافقة والتوقيعات

التصوير

كل خيار منفصل. رفض التصوير لا يؤثر على علاجك.

- ☐ أوافق على التصوير لملفي الطبي فقط.
- ☐ أوافق على استخدام الصور دون إظهار هويتي للتعليم الطبي.
- ☐ أوافق على استخدام الصور في تسويق العيادة.

الأسئلة

☐ أُتيحت لي فرصة السؤال، وأُجيب عن أسئلي بما يكفي.

إقرار المريض

قرأت هذا النموذج أو قُرئ لي بلغة أفهمها. فهمت الإجراء وفوائده ومخاطره وبدائله، وأوافق عليه. أعلم أنني أستطيع سحب موافقتي قبل بدء الإجراء.

اسم المريض	التوقيع	التاريخ والوقت
------------	---------	----------------

ولي الأمر (للقاصرين أو من لا يستطيع التوقيع)

الاسم	صلة القرابة
رقم الهوية	التوقيع

الشاهد

الاسم	التوقيع
-------	---------

إقرار الطبيب

شرحت للمريض أو لولي أمره الإجراء وفوائده ومخاطره وبدائله، وأُجبت عن أسئلته.

اسم الطبيب	التوقيع	التاريخ
------------	---------	---------

المترجم (إن وُجد)

الاسم واللغة	التوقيع
--------------	---------

الموافقة على عملية تجميل

اقرأ هذا النموذج أو اطلب أن يُقرأ لك، واسأل عن أي شيء قبل التوقيع.

اسم المريض _____ رقم الملف _____ تاريخ الميلاد _____
الهاتف _____ التاريخ _____ الطبيب _____
العملية _____ نوع التخدير _____
المكان _____ تاريخ العملية _____

ما الإجراء

عملية جراحية لتغيير شكل جزء من الجسم أو مظهره، تحت التخدير المذكور أعلاه. يشرح الجراح الخطوات، ومكان الجروح، ومدة البقاء.

الفوائد المتوقعة

التغيير الذي ناقشناه معًا. النتيجة تختلف من شخص لآخر ولا يمكن ضمانها.

المخاطر

يكتب الطبيب المخاطر التي تنطبق عليك ويشرحها لك.

مخاطر شائعة

مخاطر نادرة لكنها خطيرة

البدائل

عدم الجراحة، أو إجراءات غير جراحية، أو رأي طبيب آخر.

إذا لم يتم الإجراء

يبقى الشكل كما هو.

ما ألتزم به بعد الإجراء

- لبس المشد والعناية بأنايب التصريف كما سُرح لي.
- حضور كل مواعيد المتابعة.
- الامتناع عن التدخين حسب تعليمات الجراح.

الموافقة على عملية تجميل

الموافقة والتوقيعات

مهلة التفكير

تاريخ الاستشارة تاريخ التوقيع
☐ أُعطيت وقتًا كافيًا للتفكير قبل الموافقة، ولم أُطالب بالقرار في الزيارة نفسها.

سياسة الجراحة التصحيحية

ما شُرح لي عن الجراحة التصحيحية وتكلفتها

التصوير

كل خيار منفصل. رفض التصوير لا يؤثر على علاجك.

☐ أوافق على التصوير لملفي الطبي فقط.

☐ أوافق على استخدام الصور دون إظهار هويتي للتعليم الطبي.

☐ أوافق على استخدام الصور في تسويق العيادة.

الأسئلة

☐ أُتيحت لي فرصة السؤال، وأُجيب عن أسئلي بما يكفي.

إقرار المريض

قرأت هذا النموذج أو قُرئ لي بلغة أفهمها. فهمت الإجراء وفوائده ومخاطره وبدائله، وأوافق عليه. أعلم أنني أستطيع سحب موافقتي قبل بدء الإجراء.

اسم المريض التاريخ والوقت التوقيع

ولي الأمر (للقاصرين أو من لا يستطيع التوقيع)

الاسم صلة القرابة
رقم الهوية التوقيع

الشاهد

الاسم التوقيع

إقرار الطبيب

شرحت للمريض أو لولي أمره الإجراء وفوائده ومخاطره وبدائله، وأُجبت عن أسئلته.

اسم الطبيب التاريخ التوقيع

المترجم (إن وُجد)

الاسم واللغة التوقيع

الموافقة على العلاج الطبيعي

اقرأ هذا النموذج أو اطلب أن يُقرأ لك، واسأل عن أي شيء قبل التوقيع.

اسم المريض رقم الملف تاريخ الميلاد
الهاتف التاريخ الطبيب
التشخيص أو المشكلة المعالج
عدد الجلسات المتوقع المحوّل
.....

ما الإجراء

تقييم ثم علاج بالتمارين والعلاج اليدوي والأجهزة (حرارة، تحفيز كهربائي، موجات) حسب خطتك. بعض الأساليب تتطلب لمسًا مباشرًا، ويمكنك طلب مرافق.

الفوائد المتوقعة

ألم أقل وحركة ووظيفة أفضل.

المخاطر

يكتب الطبيب المخاطر التي تنطبق عليك ويشرحها لك.

مخاطر شائعة

مخاطر نادرة لكنها خطيرة

البدائل

الأدوية التي يصفها الطبيب، أو الراحة، أو علاجات أخرى.

إذا لم يتم الإجراء

حسب حالتك، قد تستمر الأعراض أو تزيد.

ما ألتزم به بعد الإجراء

- أداء التمارين المنزلية كما كتبت لي.
- إخبار المعالج بأي ألم جديد أو متزايد.
- حضور الجلسات في مواعيدها.

الموافقة على العلاج الطبيعى

الموافقة والتوقيعات

☐ أرغب في وجود مرافق أثناء العلاج.

التصوير

كل خيار منفصل. رفض التصوير لا يؤثر على علاجك.

☐ أوافق على التصوير لملفي الطبي فقط.

☐ أوافق على استخدام الصور دون إظهار هويتي للتعليم الطبي.

☐ أوافق على استخدام الصور في تسويق العيادة.

الأسئلة

☐ أتيحت لي فرصة السؤال، وأجيب عن أسئلتى بما يكفي.

إقرار المريض

قرأت هذا النموذج أو قُرئ لي بلغة أفهمها. فهمت الإجراء وفوائده ومخاطره وبدائله، وأوافق عليه. أعلم أنني أستطيع سحب موافقتي قبل بدء الإجراء.

اسم المريض

التوقيع

التاريخ والوقت

ولي الأمر (للقاترين أو من لا يستطيع التوقيع)

الاسم

صلة القرابة

رقم الهوية

التوقيع

الشاهد

الاسم

التوقيع

إقرار الطبيب

شرحت للمريض أو لولي أمره الإجراء وفوائده ومخاطره وبدائله، وأجبت عن أسئلته.

اسم الطبيب

التوقيع

التاريخ

المرآرم (إن وُجد)

الاسم واللغة

التوقيع

الموافقة على الاستشارة عن بعد

اقرأ هذا النموذج أو اطلب أن يُقرأ لك، واسأل عن أي شيء قبل التوقيع.

اسم المريض رقم الملف تاريخ الميلاد
الهاتف التاريخ الطبيب
الطبيب الوسيلة (فيديو / هاتف)
موعد الاستشارة رقم معاودة الاتصال

ما الإجراء

استشارة بالفيديو أو الهاتف بدلاً من الحضور. لا يستطيع الطبيب فحصك فحصاً جسدياً، فقد يطلب منك الحضور إلى العيادة.

الفوائد المتوقعة

لا تحتاج إلى التنقل، ووصول أسرع إلى الطبيب.

المخاطر

يكتب الطبيب المخاطر التي تنطبق عليك ويشرحها لك.

مخاطر شائعة

مخاطر نادرة لكنها خطيرة

البدائل

زيارة العيادة حضورياً.

إذا لم يتم الإجراء

لا تتم الاستشارة، ويبقى بإمكانك حجز زيارة حضورية.

ما ألتزم به بعد الإجراء

- أن أكون في مكان خاص أثناء الاتصال.
- أن أعطي معلومات صحيحة عن هويتي ومكاني.
- أن أحضر إلى العيادة إذا طلب الطبيب ذلك.

الموافقة على الاستشارة عن بعد

الموافقة والتوقيعات

الاتصال

التسجيل ☐ لا يُسجل ☐ يُسجل بموافقتي

☐ إذا انقطع الاتصال تعاود العيادة الاتصال بي على الرقم أعلاه.

☐ أعلم أن الروشة والتقارير تُرسل لي إلكترونياً.

التصوير

كل خيار منفصل. رفض التصوير لا يؤثر على علاجك.

☐ أوافق على التصوير لملفي الطبي فقط.

☐ أوافق على استخدام الصور دون إظهار هويتي للتعليم الطبي.

☐ أوافق على استخدام الصور في تسويق العيادة.

الأسئلة

☐ أتيحت لي فرصة السؤال، وأجيب عن أسئلتني بما يكفي.

إقرار المريض

قرأت هذا النموذج أو قُرئ لي بلغة أفهمها. فهمت الإجراء وفوائده ومخاطره وبدائله، وأوافق عليه. أعلم أنني أستطيع سحب موافقتي قبل بدء الإجراء.

اسم المريض

التوقيع

التاريخ والوقت

ولي الأمر (للقاصرين أو من لا يستطيع التوقيع)

الاسم

صلة القرابة

رقم الهوية

التوقيع

الشاهد

الاسم

التوقيع

إقرار الطبيب

شرحت للمريض أو لولي أمره الإجراء وفوائده ومخاطره وبدائله، وأجبت عن أسئلته.

اسم الطبيب

التوقيع

التاريخ

المترجم (إن وُجد)

الاسم واللغة

التوقيع

الموافقة العامة على العلاج ومعالجة البيانات

اقرأ هذا النموذج أو اطلب أن يُقرأ لك، واسأل عن أي شيء قبل التوقيع.

اسم المريض _____ رقم الملف _____ تاريخ الميلاد _____
الهاتف _____ التاريخ _____ الطبيب _____
تاريخ التسجيل _____ شركة التأمين _____

ما الإجراء

الفحوصات والتحليلات والعلاجات المعتادة في هذه العيادة. الإجراءات الخاصة لها نموذج موافقة مستقل.

الفوائد المتوقعة

رعاية منظمة وملف واحد يحفظ تاريخك المرضي.

المخاطر

يكتب الطبيب المخاطر التي تنطبق عليك ويشرحها لك.

مخاطر شائعة

مخاطر نادرة لكنها خطيرة

البدائل

أن تطلب الرعاية في مكان آخر.

إذا لم يتم الإجراء

لا نستطيع علاجك دون موافقتك.

ما ألتزم به بعد الإجراء

- إعطاء معلومات صحيحة وكاملة عن صحي وأدويتي.
- إبلاغ العيادة بأي تغيير في بياناتي.
- الالتزام بالمواعيد أو الاعتذار مسبقاً.

الموافقة العامة على العلاج ومعالجة البيانات

الموافقة والتوقيعات

بياناتك

ضع علامة على ما توافق عليه. يمكنك تغيير اختيارك بإبلاغ الاستقبال.

☐ حفظ ملفي الطبي ورقياً وإلكترونياً.

☐ مشاركة ما يلزم مع شركة التأمين للمطالبات.

☐ مشاركة ما يلزم مع المختبر والأشعة والأطباء المحوّل إليهم.

☐ تذكيري بالمواعيد عبر واتساب والرسائل النصية.

☐ رسائل النصائح الصحية والعروض (اختياري).

التصوير

كل خيار منفصل. رفض التصوير لا يؤثر على علاجك.

☐ أوافق على التصوير لملفي الطبي فقط.

☐ أوافق على استخدام الصور دون إظهار هويتي للتعليم الطبي.

☐ أوافق على استخدام الصور في تسويق العيادة.

الأسئلة

☐ أتيحت لي فرصة السؤال، وأجيب عن أسئلتني بما يكفي.

إقرار المريض

قرأت هذا النموذج أو قُرئ لي بلغة أفهمها. فهمت الإجراء وفوائده ومخاطره وبدائله، وأوافق عليه. أعلم أنني أستطيع سحب موافقتي قبل بدء الإجراء.

اسم المريض _____ التوقيع _____ التاريخ والوقت _____

ولي الأمر (للقاصرين أو من لا يستطيع التوقيع)

الاسم _____ صلة القرابة _____

رقم الهوية _____ التوقيع _____

الشاهد

الاسم _____ التوقيع _____

إقرار الطبيب

شرحت للمريض أو لولي أمره الإجراء وفوائده ومخاطره وبدائله، وأجبت عن أسئلته.

اسم الطبيب _____ التوقيع _____ التاريخ _____

المترجم (إن وُجد)

الاسم واللغة _____ التوقيع _____

في ميديكولايز يُحفظ هذا المستند على ملف المريض: medicolize.com