

CONSENT TO SURGERY / PROCEDURE

1- I authorize DR. _____ to perform

by /and under the directions of _____,
Consultant Plastic Surgeon at Cocoon Day
Surgical Center.

2- DOCTOR has fully explained to me the kind
of procedure he will be performing and has
answered all the questions about the medical condition
and the operative procedure to my satisfaction.

3- DOCTOR has also explained the risks involved in
the procedure, and I understand those risks and am
willing to undergo the procedure. This I consent to, by
my own free act and will.

4- DOCTOR has also explained other methods of
treatment to me IN MY OWN LANGUAGE
and I have decided to undergo procedure, including
the administration of blood products, if necessary, as
the best means in trying to correct the medical
condition.

5- I understand that during the course of this
procedure, DOCTOR may find other unhealthy
conditions, which may need corrections. I
therefore, authorize _____ to perform such
other procedures which he may find necessary to do to
improve or correct my conditions.

6- DOCTOR has also explained that, in performing the
procedure, he may use assistants, such as other
physicians, nurses and he has my consent to do so.

7- I also agree to fully cooperate with DOCTOR and
to follow to the best of my ability his instructions
and recommendations about my care and treatment.

8- I understand risks associated with different type of
Anesthesia. I hereby give my consent for any / all
types of Anesthesia that maybe required for the
operation/procedure.

**9-Cocoon Day Surgical will not be liable for any
claim arising out of patient's dissatisfaction seeing
the lack of improvement in his/her aesthetic
appearance after Aesthetic treatment or Surgery.**

10- I understand that payment is non-refundable once
the treatment/procedure is done.

11- I am fully responsible for payment of all my
clinical/hospital bills for the above mentioned
procedure and would not hold _____
responsible for any discrepancies in the Bills /
Accounting at Cocoon Day Surgical Center during
the course of the treatment.

12. I hereby understand and acknowledge that

الموافقة على الجراحة/ الإجراءات

1- أفوض أنا- ----- للقيام بـ

عن طريق/ وحسب توجيهات

الجراح المتخصص في

جراحة التجميل لدى مركز كوكونا لجراحة اليوم الواحد.

-2

- لقد شرح لي نوع الإجراءات الذي سيقوم به وأجاب على
كافة الأسئلة المتعلقة بالحالة الطبية والإجراء الجراحي بما
يفيدني.

-3

لقد شرح لي المخاطر المترتبة على الإجراء، وأني أفهم تلك
المخاطر وأني أرغب في إتمام هذه الإجراءات. وأني أوافق
عليها بكامل حريتي وإرادتي.

4- لقد شرح لي

الوسائل الأخرى للعلاج بلغتي الخاصة وأني أرغب في إتمام
هذه الإجراءات، بما في ذلك عملية نقل الدم، في حالة
الضرورة، كأفضل وسيلة لمحاولة تحسين الحالة الطبية.

5- أني أفهم أنه أثناء هذه الإجراءات، قد

يجد _____ أخرى ليقوم بها مثل إجراءات
أخرى قد يجدها ضرورية لتحسين حالتي.

6- كما شرح لي أيضاً، أنه أثناء هذه الإجراءات قد

يحتاج إلى مساعدين، مثل أطباء آخرين، ممرضين وأني
موافق على كل ذلك.

7- كما أوافق أيضاً على التعاون الكامل مع

_____ واتباع تعليماته وتوصياته
المتعلقة بعلاجي ورعايتي، بكل استطاعتي.

8- أني متفهم المخاطر المرتبطة بالأنواع المختلفة من التخدير
وأنا بموجب هذا أوافق على جميع أنواع التخدير أو أي منها
التي قد تكون مطلوبة للعملية / الإجراء
الجراحة.

9- لن تكون لدى كوكونا جراحة اليوم الواحد مسؤولية عن

أي مطالبة تنشأ عن عدم رضا المريض، عن عدم وجود
تحسن في مظهره الجمالي بعد العلاج التجميلي أو
الجراحة.

10- أني متفهم أن المبالغ المدفوعة لا ترد طالما أن العلاج /
الإجراء قد تم.

11- أني مسئول مسؤولية تامة عن سداد كافة فواتير المستشفى
/ العيادة عن كل ما سبق ذكره من إجراءات ولا أحمل أحد
_____ المسؤولية عن أي اختلافات في الفواتير /
الحسابات لدى مركز كوكونا لجراحة اليوم
الواحد طوال فترة العلاج.

12- اني أفهم وأقر بأن الصور مهمة قبل وبعد اجراء العملية
وهي إلزامية للسجلات الطبية وفقاً للوائح و متطلبات هيئة
الصحة بدبي

photographs are important before and after the procedure and is mandatory for medical records as per DHA regulations and requirement.

13. Having been fully informed of my treatment options, the benefits and drawbacks, risks and possible alternative (if any) likelihood of success, possible problems related to recovery and possible results of non treatment, I hereby consent to receive the treatment.

I confirm that I have read and fully understood the above CONSENT TO SURGERY/ PROCEDURE before signing it. I acknowledge that no Guarantee or Percentage of Success has been given to me as regards to the results of the above mentioned procedure.

File Number: _____

Date and Time: _____

Patient's Full Name: _____

Patient's Signature: _____

Witness: _____
Signature over Printed Name

Date and Time: _____

DR.: _____
Signature over Printed Name

Date and time: _____

13-بعد أن تم إطلاعي بشكل كامل على خيارات العلاج الخاصة بي ، والفوائد والعيوب ، والمخاطر والبدائل المحتملة (إن وجد) واحتمال النجاح ، والمشاكل المحتملة المتعلقة بالشفاء والنتائج المحتملة لعدم العلاج ، أوافق بموجب هذا على تلقي العلاج.

أكد أنني قرأت وتفهمت تماما الموافقة على الجراحة / الإجراء المذكورة أعلاه قبل التوقيع عليها وأقر أنه لم يتم منحي أي ضمان أو نسبة نجاح فيما يتعلق بنتائج الإجراءات المذكورة أعلاه.

رقم الملف _____
التاريخ _____

اسم المريض كاملا: _____

توقيع المريض: _____

شاهد _____

التوقيع على الاسم المطبوع
التاريخ _____

الطبيب _____

التوقيع على الاسم المطبوع
التاريخ _____