

## Therapeutic Botox & Laser Patient Consent Form

### نموذج موافقة مستنيرة لعلاج البوتكس والليزر العلاجي

#### اختيار الإجراء / Procedure Selection

- علاج البوتكس العلاجي / Therapeutic Botox Treatment
- العلاج بالليزر لأغراض علاجية / Therapeutic Laser Treatment

#### الاستطبابات العلاجية للبوتكس / Therapeutic Botox Indications and

- علاج آلام واضطرابات المفصل الفكي الصدغي / TMD (Temporomandibular Disorder) Management
- آلام عضلات الوجه المزمنة / Chronic Facial Muscle Pain
- علاج الشقيقة المزمنة / Chronic Migraine Management
- تشنجات عضلات الرأس والرقبة / Head & Neck Muscle Spasm

#### الاستطبابات العلاجية للليزر / Therapeutic Laser Indications

- (الليزر منخفض الطاقة) تخفيف الألم / Pain Reduction (LLLT)
- علاج آلام العضلات / Myofascial Pain Treatment
- (مثل القرح) علاج الآفات الفموية / Oral Mucosal Lesions (e.g., ulcers)
- تخفيف ألم مفصل الفك / TMJ Pain Reduction
- تحسين التئام الجروح بعد العمليات / Post-surgical Healing Enhancement

#### هدف العلاج / Purpose of Treatment

The procedures performed are strictly for therapeutic medical purposes, not cosmetic use.

يتم إجراء هذه العلاجات لأغراض طبية علاجية فقط وليس لأغراض تجميلية.

#### طبيعة الإجراء / Nature of Procedures

Treatments will be performed by trainees under professional supervision.

سيتم إجراء العلاج بواسطة متدربين تحت إشراف متخصص.

#### المخاطر والآثار الجانبية / Risks and Side Effects

Possible risks include temporary swelling, bruising, discomfort, or mild pain.

قد تشمل المخاطر تورماً أو كدمات أو انزعاجاً أو ألمًا بسيطاً.

## **السرية / Confidentiality**

Your information will remain confidential unless permission is granted.

ستظل معلوماتك سرية ما لم يتم منح الإذن باستخدامها.

## **المشاركة طوعية / Voluntary Participation**

Participation is voluntary and you may withdraw at any time.

مشاركتك طوعية بالكامل ويحق لك الانسحاب في أي وقت.

## **التوقيع / Signatures**

Patient Name / \_\_\_\_\_

Signature / \_\_\_\_\_

Date / \_\_\_\_\_

Instructor Name & Signature / \_\_\_\_\_