

Therapeutic Botox & Laser Patient Consent Form

نموذج موافقة مستنيرة لعلاج البوتوكس والليزر العلاجي

Procedure Selection / اختيار الإجراء

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

Therapeutic Botox Indications and / الاستطبابات العلاجية للبوتوكس

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

Therapeutic Laser Indications / الاستطبابات العلاجية لليزر

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

Purpose of Treatment / هدف العلاج

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

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

Nature of Procedures / طبيعة الإجراء

Treatments will be performed by trainees under professional supervision.

سيتم إجراء العلاج بواسطة متدربين تحت إشراف متخصص.

Risks and Side Effects / المخاطر والآثار الجانبية

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

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

Confidentiality / السرية

Your information will remain confidential unless permission is granted.

ستظل معلوماتك سرية ما لم يتم منح الإذن باستخدامها.

Voluntary Participation / المشاركة طوعية

Participation is voluntary and you may withdraw at any time.

مشاركتك طوعية بالكامل ويحق لك الانسحاب في أي وقت.

Signatures / التوقيعات

Patient Name / اسم المريض : _____

Signature / التوقيع : _____

Date / التاريخ : _____

Instructor Name & Signature / اسم وتوقيع المدرب : _____