

CONSENT FORM TREATMENT

HAAD License No. MF 968

DED License No. CN-1028866

Patient Name	Age	Gender	Date

I voluntarily came in Health and Style Medical Center LLC and accept the treatment plan that the medical practitioner deemed necessary for my health.

The services will be provided by a registered Podiatrist, without given any guarantees of full recovery from the services. My agreement will be effective until my treatment is complete. This is my agreement to routine and urgent Podiatric procedures (which might include trimming and debridement of toenails, cutting and paring of corns and callosities, excision of nail fold ingrown with or without lidocaine local anesthesia as necessary, mechanical computerized and visual examination, insoles fitting..etc.)

Signature of PATIENT or PARENT or LEGAL GUARDIAN:

Patient Name	_____	Witness Name	_____
Signature	_____	Signature	_____
Date	_____	Date	_____

جئت طوعا الى مركز الصحة والتجميل، وأقبل خطة العلاج التي يعتبر الممارس الطبي الضروري لصحتي. وسيتم توفير الخدمات من قبل أخصائية القدم المرخصة، من دون إعطاء أي ضمانات من الشفاء التام من هذه الخدمات. سوف تكون موافقتي فعالة حتى يكتمل علاجي. هذه هي موافقتي على الإجراءات الروتينية والعناية بالقدم العاجلة (التي قد تشمل تقليم وإزالة الأنسجة الميتة للأظافر، قطع وتقشير مسمار القدم والدشبذ، واستئصال ظفر إصبع القدم الناشب مع أو بدون ليدوكاين (تخدير موضعي) عند الضرورة، والفحص المحوسب والمرئي، وتركيب النعال المناسب، الخ)

توقيع المريض أو الوالدين أو الوصي القانوني:

اسم المريض:

توقيع:

NOTE: PATIENT'S 15 years old and less should be accompanied by their parents or relatives:

Patient Name:	_____
Signature:	_____
Date:	_____