CitiCare
Health care Clinics/Pharmacies

GENERAL CONSENT FORM

Patient details

Patient Name	:	AADRITI VIKRANT SAPALIGA			
Patient File No	:	47205	**DOB**	:	22-Sep-2018
Nationality	:	Indian	**Gender**	:	Female
Doctor's Name	:	Dr.Farhan Iyas	**Date**	:	21-Jun-2025

I consent to the examination, tests, and treatments, which may be done by the physician and assistant staff during my course of therapy. I understand I have to inform my personal and medical details and have the right to be informed about my treatment. I understand that the Center is not responsible for my personal property, money, or valuable left unattended. I authorize the Center to release information about my treatment: a.) as required to process payment of claims and (b) to other facilities or providers for the continuity of my care. In consideration of the services provided at the centre, I agree to pay the centre for all services provided to me. If any health insurance programs cover my treatment, I authorize the centre to bill any such insurer for all medical services provided, and agreed to pay any co-payment or charges not covered by my health insurance. This consent form will be stored in the patient's medical record at the clinic. I have read and understand the information on this sheet.

اوافق أنا الموقع ادناه على كل الفحوصات والاختبارات المعملية ، وعلى خطط العلاج التي يجريها لي الأطباء والأخصائيون والفريق الطبي المرافق بالمركز الطبي طوال فترة علاجي ، وأعلم جيداً أنني يجب أن أبلغ الأطباء والعاملين بالمركز كل التفاصيل الخاصة بي وأهمها التفاصيل الطبية ، كما أن من حقي معرفة اسلوب وخطة العلاج الخاصة بي،كما أعلم أن المركز الطبي (العيادة) ليست مسئولة عن حاجياتي الخاصة كالأموال وأي متعلقات خاصة بي لم اقم بحفظها ، وأنا أخول المركز (العيادة) بإبلاغ أي معلومات عن علاجي إلى الهيئات الخاصة بتغطية نفقات العلاج ، أو الجهات الطبية التي قد تتولى تكملة علاجي فيما بعد ، وذلك إذا طلب منا ذلك.
اقر بالموافقة على تسديد جميع نفقات علاجي بالمركز إما بالدفع الفوري أو بتخويل المركز (العيادة) بإرسال فاتورة علاجي إلى التأمين الصحي التي انتمي اليها ، كما اتعهد بدفع أي مصاريف إضافية غير مغطاه من شركات التأمين ،هذا الإقرار سيتم حفظه في الملف الطبي الخاص بالمريض، اقر بأنني قد قرأت وفهمت كل ما جاء في هذا الإقرار.

AADRITI VIKRANT SAPALIGA
Patient or Legal Guardian Name

Signature

Date: 21-Jun-2025

Witness or Interpreter's Name

Signature

Date: 21-Jun-2025

Emirates ID: 784-2018-1752043-6