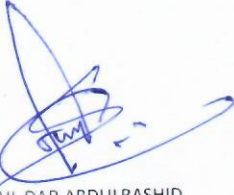


GENERAL CONSENT FORM

Patient details					
Patient Name	:	SUHAIL DAR ABDULRASHID			
Patient File No	:	44647	DOB	:	23-Feb-1989
Nationality	:	Indian	Gender	:	Male
Doctor's Name	:	DR Amaizah	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 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 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 charge 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.

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



SUHAIL DAR ABDULRASHID
Patient or Legal Guardian Name



Signature

Date: 21-Jun-2025



Signature

Date: 21-Jun-2025

Witness or Interpreter's Name

Emirates ID: 784-1989-4050965-0