

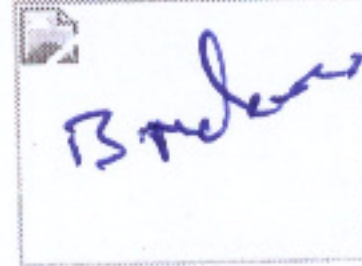
## GENERAL CONSENT FORM

|                 |   |                              |        |   |             |
|-----------------|---|------------------------------|--------|---|-------------|
| Patient details |   |                              |        |   |             |
| Patient Name    | : | MOHAN BHOJA APPALARAJU BHOJA |        |   |             |
| Patient File No | : | 28338                        | DOB    | : | 01-Jun-1997 |
| Nationality     | : | Indian                       | Gender | : | Male        |
| Doctor's Name   | : | Dr.Rubna Jaseem              | Date   | : | 11-May-2022 |

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.

أوافق أنا الموقع أدناه 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 حق معرفتي معرفة أسلوب وخطة العلاج الخاصة بي، كما أعلم أن المركز الطبي ( العيادة ) ليست مسئولة عن حاجياتي الخاصة بالأموال وأي متعلقات خاصة بي لم أقم 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 أقر بالموافقة على تسديد جميع نفقات علاجي بالمركز إما بالدفع الفوري أو بتحويل المركز ( العيادة ) بإرسال فاتورة علاجي إلى التأمين الصحي التي انتمى إليها ، كما اتعهد بدفع أي مصاريف إضافية غير مغطاه من شركات التأمين ، هذا الإقرار سيتم حفظه في الملف الطبي الخاص بالمريض، أقر بأنني قد قرأت وفهمت كل ما جاء في هذا الإقرار

MOHAN BHOJA APPALARAJU BHOJA  
Patient or Legal Guardian Name



Date: 11-May-2022

Signature

Witness or Interpreter's Name



Date: 11-May-2022

Signature

Emirates ID: 784-1997-0530752-0