

GENERAL CONSENT FORM

Patient details

Patient Name	:	KRISHNAN PANDI KRISHNAN	DOB	:	20-Dec-1970
Patient File No	:	36316	Gender	:	Male
Nationality	:	Indian	Date	:	16-May-2022
Doctor's Name	:	Dr. Rubna Jaseem			

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: 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 center, I agree to pay the center for all services provided to me. If any health insurance programs cover my treatment, I authorize the center 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.

أنا الموقع أدناه على كل الفحوصات والاختبارات المعملية ، وعلى خطط العلاج التي يجريها إلى الأطباء والأخصائيين والفريق الطبي في المركز الطبي طوال فترة علاجي ، وأعلم جيداً أنني يجب أن أبلغ الأطباء والعاملين بالمركز كل التفاصيل الخاصة بي وأهمها التفاصيل المالية ، كما أن من حق معرفتي أسلوب وخطة العلاج الخاصة بي، كما أعلم أن المركز الطبي (العيادة) ليست مسئولة عن حاجياتي الخاصة وأل وأي متعلقات خاصة بي لم أقم بحفظها ، وأنا أدخل المركز (العيادة) بإبلاغ أي معلومات عن علاجي إلى الهيئات الخاصة بتغطية نفقاتي ، أو الجهات الطبية التي قد تتولى تكملة علاجي فيما بعد ، وذلك إذا طلب من ذلك لموافقة على تسديد جميع نفقات علاجي بالمركز إما بالدفع الفوري أو بتحويل المركز (العيادة) بإرسال فاتورة علاجي إلى التأمين الصحي تنمي إليها ، كما اتعهد بدفع أي مصاريف إضافية غير مغطاة من شركات التأمين ، هذا الإقرار سيتم حفظه في الملف الطبي الخاص بيض ، أقر بأنني قد قرأت وفهمت كل ما جاء في هذا الإقرار

KRISHNAN PANDI KRISHNAN
Patient or Legal Guardian Name



Date: 16-May-2022

Signature

Witness or Interpreter's Name



Date: 16-May-2022

Signature

Emirates ID: 784-1970-2419092-4