

Patient details

GENERAL CONSENT FORM

Patient Name	:	OMAR AHMED MAHMOUD ALI	DOB	:	18-Nov-1981
Patient File No	:	36890	Gender	:	Male
Nationality	:	Egyptian	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 understand I have to inform my personal and medical details and have the right to be informed about my treatment. I understand that the 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 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.

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

OMAR AHMED MAHMOUD ALI
Patient or Legal Guardian Name

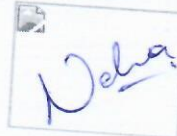
Date: 16-May-2022



Signature

Witness or Interpreter's Name

Date: 16-May-2022



Signature

Emirates ID: 784-1981-8158649-0

Dr. Rubna Jaseem
General Practitioner
DHA No: 77233809-001
FSAHAWAR MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.