

GENERAL CONSENT FORM

Patient details

Patient Name	:	MOHAMED ENAYATULLAH KHAN		
Patient File No	:	33358	DOB	
Nationality	:	Indian	Gender	
Doctor's Name	:	Dr. Rubna Jaseem	Date	

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 is provided for 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 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 ادناه على كل الفحوصات والاختبارات المعملية ، وعلى خطط العلاج التي يجريها لي الأطباء والأخصائيون والفريق الطبي المرافق بالمركز الطبي طوال فترة علاجي ، واعلم جيداً أنني يجب أن أبلغ الأطباء والعاملين بالمركز كل التفاصيل الخاصة بي وأهمها التفاصيل الطبية ، كما أن من حقى معرفتي عن جميع الخدمات التي يقدمها المركز الطبي ، كما أعلم أن المركز الطبي (العيادة) ليست مسئولة عن حاجياتي الخاصة بالأموال وأي متعلقات خاصة بي. أنا أوافق على أن المركز الطبي (العيادة) بإبلاغ أي معلومات عن علاجي إلى الهيئات الخاصة بتغطية نفقات العلاج ، أو الجهات العلمية التي قد تطلب تلك المعلومات ، وذلك إذا طلب من ذلك. أقر بالموافقة على تسديد جميع نفقات علاجي بالمركز الطبي 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

MOHAMED ENAYATULLAH KHAN
Patient or Legal Guardian Name



Date: 17 May 2022

Signature

Witness or Interpreter's Name



Date: 22 May 2022

Signature

Emirates ID: 784-1978-9172875-6

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