irham HEALTH CARE

GENERAL CONSENT FORM

Patient details

Patient Name	:	FAHAD SAYANI SHOUKAT ALI		
Patient File No	:	28009	DOB	
Nationality	:	Pakistani	Gender	
Doctor's Name	:	Dr.Rubna Jaseem	Date	

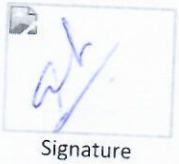
I consent to the examination, tests, and treatments, which may be done by the physician and ... course of therapy. I understand I have to inform my personal and medical details and have the right to be informed abo... and that the Center is not responsible for my personal property, money, or valuable left unattended. I authorize the Cente... out my treatment: a.) as required to process payment of claims and (b) to other facilities or providers for the continuity o... In consideration of the services provided at the centre, I agree to pay the centre for all services provided to me. If any health insu... treatment, I authorize the centre to bill any such insurer for all medical services provided, and agreed to pay any co-payme... by my health insurance. This consent form will be stored in the patient's medical record at the clinic. I have read and unders... sheet

اوافق أنا الموقع ادناه على ك... ، وعلى خطط العلاج التي يجريها لي الأطباء والأخصائيون والفريق الطبي
المرافق بالمركز الطبي طوال ... أبلغ الأطباء والعاملين بالمركز كل التفاصيل الخاصة بي وأهمها التفاصيل
الطبية ، كما أن من حقي معرفة ... كما أعلم أن المركز الطبي (العيادة) ليست مسئولة عن حاجياتي الخاصة
كالأموال وأي متعلقات خاصة ... المركز (العيادة) بإبلاغ أي معلومات عن علاجي إلى الهيئات الخاصة بتغطية نفقات
العلاج ، أو الجهات الطبية ... ، وذلك إذا طلب منا ذلك
اقر بالموافقة على تسديد ... لفوري أو بتحويل المركز (العيادة) بإرسال فاتورة علاجي إلى التأمين الصحي
التي انتمي اليها ، كما اتعهد ... من شركات التأمين ،هذا الإقرار سيتم حفظه في الملف الطبي الخاص
بالمريض، اقر بأنني قد قرأت ...

FAHAD SAYANI SHOUKAT ALI
Patient or Legal Guardian Name

Signature

Witness or Interpreter's Name



Signature

Emirates ID: 784-1988-7082164-6

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