

GENERAL CONSENT FORM

Patient details					
Patient Name	:	Peter Kalinda			
Patient File No	:	32823	DOB	:	01-Jan-1993
Nationality	:	Ugandan	Gender	:	Male
Doctor's Name	:	Dr.Rubna Jaseem	Date	:	22-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 حقّي 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 .

Peter Kalinda
Patient or Legal Guardian Name



Date: 22-May-2022

Signature

Witness or Interpreter's Name



Date: 22-May-2022

Signature

Emirates ID: 784-1993-1487162-7