

## GENERAL CONSENT FORM

## Patient details

|                 |   |                      |        |   |             |
|-----------------|---|----------------------|--------|---|-------------|
| Patient Name    | : | Samuel Darko Ampomah |        |   |             |
| Patient File No | : | 36513                | DOB    | : | 25-Mar-1983 |
| Nationality     | : | Ghanaian             | Gender | : | Male        |
| Doctor's Name   | : | Dr.Rubna Jaseem      | Date   | : | 24-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 والتحقيقات 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 حق معرفتي 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 أحول المركز ( العيادة ) بإبلاغ أي معلومات عن علاجي إلى الهيئات الخاصة بتغطية نفقات العلاج ، أو الجهات الطبية التي قد تتولى تكلفة علاجي فيما بعد ، وذلك إذا طلب منا ذلك . أقر بالموافقة على تسديد جميع نفقات علاجي بالمركز بما يدفعه النوري أو بتحويل المركز ( العيادة ) بإرسال فاتورة علاجي إلى التأمين الصحي التي أنتهي إليها ، كما اتعهد بدفع أي مصاريف إضافية غير معناه من شركات التأمين ، هذا الإقرار سيتم حفظه في الملف الطبي الخاص بالمريض ، أقر بأنني قد قرأت وفهمت كل ما جاء في هذا الإقرار .

Samuel Darko Ampomah  
Patient or Legal Guardian Name



Date: 24-May-2022

Signature

Witness or Interpreter's Name



Date: 24-May-2022

Signature

Emirates ID: 784-1983-7240753-0

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