

GENERAL CONSENT FORM

Patient details

Patient Name	:	LIAQAT KHAN BACHA SARWAR	DOB	:	01-Jan-1985
Patient File No	:	36853	Gender	:	Male
Nationality	:	Pakistani	Date	:	05-Jun-2022
Doctor's Name	:	Sajid Sanaullah			

I consent to the examination, tests, and treatments, which may be done by the physician and assistant staff during my course of 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 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.

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 المتعلقة خاصة بي لم أقم بحفظها ، وأنا أخول المركز (العيادة) ليست مسئولة عن حاجياتي الخاصة الجهات الطبية التي قد تتولى تكملة علاجي فيما بعد ، وذلك إذا طلب منا ذلك على تسديد جميع نفقات علاجي بالمركز إما بالدفع الفوري أو بتحويل المركز (العيادة) بإرسال فاتورة علاجي إلى التأمين الصحي بها ، كما اتعهد بدفع أي مصاريف إضافية غير مغطاه من شركات التأمين ، هذا الإقرار سيتم حفظه في الملف الطبي الخاص بمرضي قد قرأت وفهمت كل ما جاء في هذا الإقرار

LIAQAT KHAN BACHA SARWAR
Patient or Legal Guardian Name



Signature

Date: 05-Jun-2022

Witness or Interpreter's Name



Signature

Date: 05-Jun-2022

Emirates ID: 784-1985-8719385-9