

GENERAL CONSENT FORM

Patient details					
Patient Name	:	RAYMOND KAYIZZI			
Patient File No	:	37166	DOB	:	04-Apr-1997
Nationality	:	Ugandan	Gender	:	Male
Doctor's Name	:	Sajid Sanallah	Date	:	09-Jun-2022

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

الموقع ادناه على كل الفحوصات والاختبارات المعملية ، وعلى خطط العلاج التي يجريها لي الأطباء والأخصائيون والفريق الطبي بالمركز الطبي طوال فترة علاجي ، وأعلم جيداً أنني يجب أن أبلغ الأطباء والعاملين بالمركز كل التفاصيل الخاصة بي وأهمها التفاصيل كما أن من حق معرفتي أسلوب وخطة العلاج الخاصة بي، كما أعلم أن المركز الطبي (العيادة) ليست مسئولة عن حاجياتي الخاصة ، وأي متعلقات خاصة بي لم اقم بحفظها ، وأنا أخول المركز (العيادة) بإبلاغ أي معلومات عن علاجي إلى الهيئات الخاصة بتغطية نفقات ، أو الجهات الطبية التي قد تتولى تكملة علاجي فيما بعد ، وذلك إذا طلب من ذلك وافقة على تسديد جميع نفقات علاجي بالمركز إما بالدفع الفوري أو بتحويل المركز (العيادة) بإرسال فاتورة علاجي إلى التأمين الصحي بي إليها ، كما اتعهد بدفع أي مصاريف إضافية غير مغطاه من شركات التأمين ، هذا الإقرار سيتم حفظه في الملف الطبي الخاص بي ، اقر بأنني قد قرأت وفهمت كل ما جاء في هذا الإقرار

RAYMOND KAYIZZI
Patient or Legal Guardian Name



Date: 09-Jun-2022

Signature

Witness or Interpreter's Name



Date: 09-Jun-2022

Signature

Emirates ID: 784-1997-7973507-7

Dr. Sajid Sanallah Khan
General Practitioner
DHA No: 05758224-001
PESHAWAR MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.