

GENERAL CONSENT FORM

Patient details					
Patient Name	:	MARIANNE HUGHES			
Patient File No	:	35516	DOB	:	11-Jul-1989
Nationality	:	British	Gender	:	Female
Doctor's Name	:	Sajid Sanaullah	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 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 physician 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.

يوقع ادناؤه 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
أنا من حق معرفتي أسلوب وخطة العلاج الخاصة بي، كما أعلم أن المركز الطبي (العيادة) ليست مسئولة عن حاجياتي الخاصة
في متعلقات خاصة بي لم أقم بحفظها ، وأنا أخول المركز (العيادة) بإبلاغ أي معلومات عن علاجي إلى الهيئات الخاصة بتغطية نفقات
الجهات الطبية التي قد تتولى تكملة علاجي فيما بعد ، وذلك إذا طلب منا ذلك
قمة على تسديد جميع نفقات علاجي بالمركز إما بالدفع الفوري أو بتحويل المركز (العيادة) بإرسال فاتورة علاجي إلى التأمين الصحي
ليها ، كما اتعهد بدفع أي مصاريف إضافية غير مغطاه من شركات التأمين ، هذا الإقرار سيتم حفظه في الملف الطبي الخاص
أقر بأنني قد قرأت وفهمت كل ما جاء في هذا الإقرار

MARIANNE HUGHES
Patient or Legal Guardian Name



Date: 09-Jun-2022

Signature

Witness or Interpreter's Name



Date: 09-Jun-2022

Signature

Emirates ID: 784-1989-1049572-4

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