

GENERAL CONSENT FORM
Patient details

Patient Name	:	MUGDHA LALIT KOLHE			
Patient File No	:	37194	DOB	:	12-Jan-2012
Nationality	:	Indian	Gender	:	Female
Doctor's Name	:	Sajid Sanaullah	Date	:	12-Jun-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 service 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.

فقد أنا الموقع أدناه على كل الفحوصات والاختبارات المعملية ، وعلى خطط العلاج التي يجريها لي الأطباء والأخصائيون والفريق الطبي .
رافق 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
بأموال وأي متعلقات خاصة بي لم أقم بحفظها ، وأنا أحول المركز (العيادة) بإبلاغ أي معلومات عن علاجي إلى الهيئات الخاصة بتغطية نفقات
علاج ، أو الجهات الطبية التي قد تتولى تكملة علاجي فيما بعد ، وذلك إذا طلب منا ذلك
بالموافقة على تسديد جميع نفقات علاجي بالمركز إما بالدفع الفوري أو بتحويل المركز (العيادة) بإرسال فاتورة علاجي إلى التأمين الصحي
الذي انتمي إليها ، كما اتعهد بدفع أي مصاريف إضافية غير مغطاه من شركات التأمين ، هذا الإقرار سيتم حفظه في الملف الطبي الخاص
بمريض ، أقر بأنني قد قرأت وفهمت كل ما جاء في هذا الإقرار

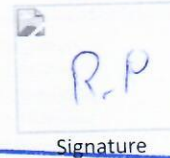
MUGDHA LALIT KOLHE
Patient or Legal Guardian Name



Signature

Date: 12-Jun-2022

Witness or Interpreter's Name



Signature

Date: 12-Jun-2022

Emirates ID: 784-2012-4086154-8

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