

GENERAL CONSENT FORM

Patient details			
Patient Name	:	katrein habib shehata abdelmal	
Patient File No	:	37208	
Nationality	:	Egyptian	
Doctor's Name	:	Sajid Sanaulah	
	:	Date	14-Jun-2022
	:	Gender	Female
	:	DOB	11-Jul-2000

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 center, I agree to pay the center for all services provided to me. If any health insurance programs cover my treatment, I authorize the center 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 والعلاجات والتعديلات المعملية ، وعلى خطط العلاج التي يقرنها لي الأطباء والأخصائيون والطريق الذي
 السرايري بالمركز. طولي فترة علاجي ، وأعلم جيداً أنني يجب أن أبلغ الأطباء والعاملين بالمركز كل التفاصيل الخاصة بي وأهمها التفاصيل
 الطبية ، كما أن من حقني معرفة معرفة أسلوب وخطة العلاج الخاصة بي ، كما أعلم أنني يجب أن أبلغ الأطباء والعاملين بالمركز كل التفاصيل الخاصة بي وأهمها التفاصيل
 العلاجية ، أو الخيارات الطبية التي قد تتولد نتيجة علاجي فيما بعد ، وذلك إذا طلبت ذلك. وأوافق على تسديد تكاليف علاجي بالمركز أو بالتأمين الصحي أو بالتأمين الخاص
 الذي يوافق عليه على تسديد تكاليف علاجي بالمركز أو بالتأمين الصحي أو بالتأمين الخاص الذي يوافق عليه على تسديد تكاليف علاجي بالمركز أو بالتأمين الصحي أو بالتأمين الخاص
 بالسريري. أوافق أنا الموقع أدناه على كل الفحوصات والعلاجات والتعديلات المعملية ، وعلى خطط العلاج التي يقرنها لي الأطباء والأخصائيون والطريق الذي

 Patient or Legal Guardian Name
 katrein habib shehata abdelmal

Witness or Interpreter's Name

Emirates ID: 999-9999-9999999-9

 Dr. Sajid Sanaulah Khan
 General Practitioner
 DHAMC: 85758224-001
 PESHAWAR MEDICAL CENTER LLC
 DUBAI, U.A.E.

Signature

Date: 14-Jun-2022

Date: 14-Jun-2022

 Dr. Mithal Peshawar
 40 my IM