irham HEALTH CARE

PMC L.L.C

GENERAL CONSENT FORM

details					
t Name	:	AARJYAHI PALCHOWDHURY DIPTARSHI PALCHOWDHURY			
t File No	:	37215	DOB	:	22-Aug-2015
ıality	:	Indian	Gender	:	Female
r's Name	:	Sajid Sanaullah	Date	:	15-Jun-2022

t to the examination, tests, and treatments, which may be done by the physician and assistant staff during my course of therapy. I nd 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 onsible for my personal property, money, or valuable left unattended. I authorize the Center to release information about my treatment: a.) red to process payment of claims and (b) to other facilities or providers for the continuity of my care. In consideration of the services l 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 ɔ bill any such insurer for all medical services provided, and agreed to pay any co-payment or charges not covered by my health insurance. sent form will be stored in the patient's medical record at the clinic. I have read and understand the information on this sheet.

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

HI PALCHOWDHURY DIPTARSHI
)WDHURY
or Legal Guardian Name

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

s or Interpreter's Name

Signature

Date: 15-Jun-2022

Signature

Date: 15-Jun-2022

es ID: 784-2015-5851967-0