


AI Nokhba Medical Center		النخبة مركز طبي	
 Consent of General Treatment أقرار عام بقبول العلاج والإجراءات التشخيصية		Document Ref No.	ANMC-MED01-Form01
		Effective Date	1st March 2022
		Version No.	1
Process Owner	Medical Management		

I am asking for medical care and treatment from this facility and agree to accept services which may diagnose my medical condition, procedure to treat my condition, routine dental and medical care.

I understand that these services will be provided to me by Physician, Nurses, Dentist, and other healthcare providers.

I understand that my agreement to accept these services is called General Consent and that it includes any routine procedure(s) or treatment(s) such as I procedures, physical examination, administration of medication(s), taking X-rays, use of local anesthesia, and other non-invasive procedures.

I understand that reportable diseases are being communicated to the Department of Health as required by law.

I do acknowledge that different declarations may be needed for some specific diagnostic and surgical procedures.

I further acknowledge, that results of medical treatment and surgical procedure may not be adequately predicted. Neither the Medical Center nor the attending medical team can or are allowed to give any guarantee or confirmation of outcomes.

I understand that my agreement to accept these services will remain in effect unless I say that I no longer want these services or until my treatment is completed.

I assume full responsibility for all items of personal property, including but not limited to, eyeglasses, hearing aids, dentures, jewelry, money, and other valuables.

I understand that there may be personal costs involved in my treatment as per the UAE laws and regulations.

I understand that I need to fulfill all financial commitments in case of insurance rejection

I hereby authorize/ give consent:

- To use my digital signature for all insurance related documents and electronic medical invoices (which will be sent through email/SMS) by the medical provider.
- The Insurance company and authorities to have access and take copies of my medical records upon request. The insurance company will ensure the confidentiality of any information it receives in relation to this consent as required by the law.

أقر أنا الموقع أدناه بالموافقة على العلاج في المستشفى كما أقر بقبول كافة الخدمات والإجراءات التشخيصية والعلاجية التي تتطلبها حالتي الصحية لغاية التشخيص ووضع الخطة العلاجية والرعاية الصحية الروتينية وعلاج الأسنان.

إنني على دراية بأن تلك الخدمات ستقدم لي من قبل أطباء، أطباء الأسنان، ممرضات، وآخرين من الكادر الطبي .

أعلم بأن موافقتي تقع ضمن إطار الموافقة العامة للخدمات والتي تتضمن الإجراءات والعلاجات الروتينية مثل خدمات المختبر، الفحص السريري، إعطاء الأدوية، التصوير X-Ray ، التخدير الموضعي وأية إجراءات أخرى غير مصنفة في قائمة الإجراءات الداخلية.

أعلم أن الأمراض التي يجب الإبلاغ عنها سيتم الإخبار عنها إلى وزارة الصحة وفقاً لما ينص عليه القانون.

أعلم أن بعض الإجراءات التشخيصية أو العلاجية الأخرى قد تتطلب إقرارات خاصة بها.

إنه من المعلوم لدي أن نتائج العلاجات الطبية والجراحية لا يمكن تقديرها مسبقاً بشكل دقيق وأن المركز الطبي أو الطاقم الطبي المعالج لن يقدم لي أية ضمانات أو تأكيدات بخصوص نتائج الرعاية وللعلاج.

أعرف بأن موافقتي وقبولي لتلك الخدمات سيبقى ساري المفعول لحين إما انتهاء علاجي أو أن أطلب شخصياً إيقاف العلاج.

أقر بمسؤوليتي التامة عن ممتلكاتي الشخصية بما فيها النظارات، أجهزة السمع، التعويضات السنية، المجوهرات، الأموال وغيرها من المقتنيات الثمينة.

أتعهد بسداد التكاليف المادية التي قد تترتب على الفحوصات والعلاج طبقاً للقوانين والأنظمة المتبعة في دولة الإمارات العربية المتحدة.

أنا تفهم أنني سأتحمل جميع الالتزامات المادية المتوقعة الناتجة عن رفض شركة التأمين.

أنا اخول /اسم

- باستخدام توقيع الالكتروني على الوثائق الالكترونية وعلى الفواتير الطبية و الوثائق الخاصة بشركة بالتأمين الصحي. (التي سوف ترسل من خلال الايميل / المسج) من المنشأة الطبية.
- شركة التأمين و الجهات المختصة الإطلاع وأخذ النسخ عن جميع الملفات والسجلات الطبية ذات الصلة بخدمات العلاج الطبي عند الطلب. يتوجب على الشركة ضمان الاحتفاظ بسرية المعلومات التي تتلقاها بموجب هذا الإقرار كما هو منصوص عليه في القانون.

اسم المريض _____

التوقيع _____

التاريخ _____

Patient Name _____

Signature _____

Date _____

إقرار نائب المريض أو ولي الأمر

SUBSTITUTE CONSENT GIVER

If the patient cannot consent for self, the signature of parent, legal guardian, or Substitute Consent giver who is acting on behalf of the patient, or the patient's next of kin who is assenting to the treatment for the patient, must be obtained.

I _____ of _____ nationality _____ Years old. Holder I.D Number _____ type _____. Do hereby declare that I am the guardian/Substitute consent giver for the patient in my capacity a _____. Have been asked, in the best interest of the patient, to sign this declaration and consents required by the medical center as the patient is incompetent to do so.

Name & Signature of Substitute Consent Giver _____

Date _____

إذا تعذر على المريض الإقرار والتوقيع بسبب السن أو القانون أو الحالة الصحية، فيجب الحصول على إقرار من ينوب عنه أو ولي أمره.

أقر أنا _____ من الجنسية _____ العمر _____ ، رقم إثبات الشخصية _____ ونوعها _____ ، بأنني ولي أمر أو أنوب عن المريض بصفتي _____ قد طلب مني انطلاقاً من مصلحة المريض، بالتوقيع على الإقرارات والموافقات المطلوبة من قبل المركز الطبي بالنابة عنه لتعذر قيامه بذلك.

توقيع نائب المريض/ ولي الأمر _____

التاريخ _____



Consent of General Treatment اقرار عام بقبول العلاج والإجراءات التشخيصية

Document Ref
No.

ANMC-MED01-Form01

Effective Date

1st March 2022

Version No.

1

Process Owner

Medical Management

Witness

شاهد توقيع الإقرار

I am Al Nokhba Medical Center Employee who is not the patient's physician or the primary operator for the intervention and I have witnessed the patient of his/her Substitute Consent Giver Voluntarily signs this form.

أقر أنا الموظف لدى مركز النخبة طبي، ولست الطبيب المعالج أو المفوض بخدماته الصحية. أشهد بأن المريض أو من ينوب عنه قد وقع هذا الإقرار بملى إرادته أمامي.

Name of Witness _____
Job Title _____
Signature _____ Date _____

اسم الشاهد _____
المسمى الوظيفي _____
التوقيع _____ التاريخ _____

المرجع/ الوسيط

Interpreter/Translator

To the best of my knowledge, the patient understood what was interpreted/translated and voluntarily signed this form.

Name of translator _____ Job Title _____
Signature _____ Date _____

المريض قد تفهم ما ترجم وما نقل إليه ووقع هذا الإقرار بملى إرادته.
اسم المترجم _____ المسمى الوظيفي _____
التوقيع _____ التاريخ _____

توجيهات وشروط

GUIDELINES

1. Patient guardian or substitute consent giver must meet the following legal criteria:

Shall be 21 years old or more. The father or mother has the right to sign on behalf of their son or daughter regardless of their age. Shall be of sound mind and body. Shall be able to understand the contents of the declaration and sign it. Can read write properly, otherwise may be assisted by another person who explains the contents and sign the declaration with him/her as witness.

1الشروط القانونية الواجب توفرها في المريض أو ولي أمره أو النائب عنه حتى يصرح له بالتوقيع على الإقرارات

أن يكون بالغ من العمر (21 سنة) فما فوق. ويحق للوالد أو الوالدة التوقيع مهما كان عمرها نيابة عنالابن. أن يكون بكامل قواه العقلية. أن تكون حالته الصحية والنفسية تؤهله لمعرفة مضمون الإقرار والتوقيع عليه. أن يجيد القراءة والكتابة أو يتم إيضاح النفاط له عن طريق شخص آخر يقوم بالتوقيع معه في محضر الإقرار. يتساوى الذكر والأنثى في هذا الحق.

2ولي الأمر

هو الأب، الأم، الأخ، الأخت، العم، الجد، الجدة، من تربطه بالمريض صلة قرى أو صلة نسب. الزوج مقدم على الأب ومن يليه.

2. Definition of Guardian:

Father, mother, brother, sister, uncle, grandfather, grandmother, relatives or any parent in law. The husband supersedes the father and those who follow under him.

3النائب عن المريض

في حال عدم وجود أقارب للمريض في الدولة، ينوب عنه كفيله أو من ينوب عنه الكفيل ثم الصديق.

3. Definition of substitute consent giver:

If the patient has no relatives residing in UAE: his/her sponsor, then a friend may sign on his/her behalf.

4استثناءات

4. Exemptions:

An unconscious/incompetent emergency patient who has no guardian or substitute consent giver at the time he/she is admitted to the accident and emergency unit shall be exempted from giving consent. Husband must sign in person the declaration related to treatments and surgical interventions that may affect his wife's fertility in the future.

يستثنى من توقيع الإقرار مريض الحوادث الفاقد للوعي أو فاقد لأهلية القرار والذي لم يكن بصحته عند دخوله قسم الحوادث ولي أمر أو من ينوب عنه يشترط أن يوقع الزوج شخصياً على الإقرارات المتعلقة بالعلاجات والجراحات التي قد تؤثر على انجاب زوجته في المستقبل.

5اسئلة المريض والمعلومات:

5. Information & questions:

Members of the medical team should answer patient's/guardian's/substitute consent giver's questions in a simple, easy to understand and objective manner, without exaggeration or promises. The aim is to give them enough information on all aspect of the disease, diagnostic measures and treatments, as well as any side effects and usual complications. This should be: clear, scientific, easy to understood, and enough to assist him/her in taking decisions. This information shall not contain any promises or expectations.

يتعين على أفراد الفريق الطبي الإجابة ببسر وموضوعية على كافة أسئلة المريض أو ولي أمره أو من ينوب عنه بدون مبالغة أو وعود مستقبلية وذلك لإحاطتهم علماً بكافة التفاصيل عن المرض ووسائل التشخيص والعلاج الذي سوف يخضع له المريض والآثار الجانبية أو المضاعفات المعتادة و التعاريف عليها علمياً لهذا الغرض أو العلاج وينبغي أن تكون المعلومات التي تعطى للمريض أو ولي الأمر أو من ينوب عنه عن الوسائل التشخيصية أو العلاجات واضحة وعلمية ومبسطة الفهم وتعينه على اتخاذ القرار فيما يتعلق بالإجراء المقترح وغير متضمنة أية وعود مستقبلية أو مبالغت.

6اللغة:

6. Language:

There should be a common language between the patient, guardians or substitute consent givers and physicians in order to understand content of declaration. A translator may be used, if necessary, who must also sign the declaration.

يتعين وجود لغة مشتركة بين المريض أو من ينوب عنه والطبيب لفهم مضمون الإقرار وكافة ما يحتويه من أجزاء ويمكن الاستعانة بمترجم إن لزم.

7تطبيق قوانين دولة الإمارات:

7. Only the UAE laws shall be applied: To any dispute that may arise regarding the treatment or dealing with patient. The UAE courts are exclusively competent to decide and judge on such dispute.

تطبق قوانين دولة الإمارات العربية المتحدة في أي نزاع قد ينشأ حول علاج المريض والتعامل معه وتختص محاكم دولة الإمارات العربية المتحدة حصراً.