

إستمارة تسجيل
REGISTRATION FORM

PATIENT LABEL

PLEASE FILL IN CAPITAL LETTERS

الرجاء تكملة الاستمارة بوضوح

الاسم الأول _____ الاسم الثانى _____
الاسم العائلة _____
العمر _____ الجنس ذكر أنثى
تاريخ الميلاد _____ الجنسية _____
حالة التأشيرة مواطن زائر مقيم
صندوق بريد _____ المنطقة _____
رقم هاتف المنزل _____ رقم هاتف المكتب _____
رقم الفاكس _____ رقم الموبايل _____
البريد الإلكتروني _____
الاسم الأول _____ الاسم الثانى _____
الاسم العائلة _____
العمر _____ الجنس ذكر أنثى
تاريخ الميلاد _____ الجنسية _____
حالة التأشيرة مواطن زائر مقيم
صندوق بريد _____ المنطقة _____
رقم هاتف المنزل _____ رقم هاتف المكتب _____
رقم الفاكس _____ رقم الموبايل _____
البريد الإلكتروني _____

CONTACT PERSON IN EMERGENCY

الشخص المطلوب الاتصال به في حالة الطوارئ

الاسم _____
صلة القرابة _____
رقم الموبايل _____
رقم هاتف المنزل _____ رقم هاتف المكتب _____
كيف سمعت عنا؟ _____
تحويلك من _____
طريقة الدفع حساب ائتمان نقداً شركة تأمين
اسم شركة التأمين أو الموظف _____
رقم بطاقة التأمين و تاريخ الانتهاء _____

I would like to receive notifications from Mediclinic Middle East (discounted offers, new services)

أود أن أتلقى إعلانات من ميدىكلينىك الشرق الأوسط (عروض مخفضة وخدمات جديدة)

Preferred means of communication
 Mobile (SMS) E-mail

وسيلة الاتصال المفضلة
 موبايل (رسالة نصية) بريد إلكتروني

I hereby acknowledge that Mediclinic Middle East may use the above contact details to send me correspondence.

أقر بأننى أسمح لميدىكلينىك الشرق الأوسط بإرسال المعلومات من خلال العناوين المذكورة أعلاه.

TO BE FILLED BY THE HOSPITAL/CLINIC STAFF

تعمل من قبل موظف المستشفى/العيادة

القسم _____
التوقيع _____
موظف الاستقبال _____
موظف الاستقبال المحقق _____
التاريخ و الوقت _____

ACCOUNT SETTLEMENT & TREATMENT RESPONSIBILITY & CONSENT FORM

تسديد الحساب والعلاج وثيقة الموافقة على تحمل المسؤولية

As we welcome you to the Mediclinic family, we wish to advise you that by completing this registration form, your information will be entered in a unified electronic health record that enables us to access your records throughout our group of hospitals and clinics in the United Arab Emirates.

I, the undersigned patient, request care and treatment from this Mediclinic Middle East facility or any of the other hospital(s) or clinics in the Mediclinic group in the United Arab Emirates. I consent to and authorise the following:

GENERAL CONSENT

By signing below, I authorise this Mediclinic Middle East facility or any of the other hospital(s) or clinics within the Mediclinic group in the United Arab Emirates and their staff to conduct any diagnostic examinations, tests and procedures and to provide any medications, treatment or therapy necessary to effectively assess and maintain my health, and to assess, diagnose and treat my illness or injuries. I understand that it is the responsibility of my healthcare providers to explain the reasons for any particular diagnostic examination, test or procedure, the available treatment options, the common risks, anticipated benefits associated with these options, and alternative courses of treatment.

RELEASE OF PERSONAL AND MEDICAL INFORMATION

I understand that the email address and mobile number that I have provided on the registration form will be used as a communication tool between this Mediclinic Middle East facility or any of the other hospitals or clinics in the Mediclinic group in the United Arab Emirates and I.

On completion of this form I hereby authorise the clinic/hospital to provide any information of whatever nature concerning my treatment, including but not limited to current conditions/comorbidities to my insurance carrier or third party payer, for the purpose of determining benefit entitlement and to process payment, therefore taking responsibility for the financial settlement of my medical bills.

Mediclinic may disclose my name, email address and whether I am a medical or surgical patient to a contracted third party outside the UAE for the purposes of conducting quality assurance analysis on behalf of Mediclinic, and such contracted third party may disclose this information if authorised or required by any applicable laws or regulatory requirements in the United States of America. This information will be stored and/or processed electronically in accordance with the relevant privacy rules and regulations in the UAE.

this Mediclinic Middle East facility or any of the other hospitals or clinics in the Mediclinic group in the United Arab Emirates is obliged by federal regulations to submit certain patient information and I hereby give consent for the use of my information as a statutory requirement.

I also acknowledge that this consent is subject to the laws and jurisdiction of the United Arab Emirates.

RELEASE OF MEDICAL TEST REPORT

Routine medical test reports requested by the patient/guardian via telephone or e-mail address may be released as an unencrypted report to the e-mail address given by the patient to register in the Mediclinic's system.

However, the report will be released as aforesaid only on the fulfilment of all the following conditions:

1. The patient/guardian requesting such a report will have to correctly state the e-mail address registered in Mediclinic's system, and
2. Correctly answer any two of the following security questions.
 - Mother's maiden name
 - Patient's date of birth
 - Patient's Emirates ID number
 - Details of patient's last visit

I hereby confirm that the e-mail address provided by myself in the registration form is correct and I have exclusive access to the e-mail address I have provided to Mediclinic. Therefore Mediclinic has no further obligation/responsibility to verify this e-mail address I have provided and to which any release of information for routine unencrypted medical test report I may request, will be sent.

I also hereby agree and confirm that Mediclinic will not be held responsible or held liable for any cost or consequences, for providing my routine unencrypted medical test report to me, or to my guardian as enquired/requested through a telephone call/ e-mail, after verifying the correctness of the aforesaid security questions.

VALUABLES

I acknowledge that this Mediclinic Middle East facility or any of the other hospitals or clinics in the Mediclinic group in the United Arab Emirates is not liable for the loss or damage of any money, jewellery, documents or other articles of value.

FINANCIAL AGREEMENT

Within the expected time frame during their clinic/hospital visit or stay, clients are required to take personal responsibility and meet any financial obligation towards this Mediclinic Middle East facility or any of the other hospital(s) or clinics in the Mediclinic group in the United Arab Emirates regardless of the mode and source of payment (i.e.: self-paying, insurance company, sponsoring company, other). In cases where an estimated charge has been given, the deposited amount is utilised against accrued charges or a proportion of same. Kindly note that the estimated charge may differ from the final account depending on the actual services rendered. Clients are therefore responsible for settlement of differential costs. In cases whereby settlement of treatment cost has not been approved by an insurance agreement, sponsorship or third party payer, the client is required to take full responsibility and settle accounts.

I have read and understood and accept the above terms and conditions, and agree to abide by said requirements herewith towards this Mediclinic Middle East facility or any of the other hospitals or clinics in the Mediclinic group in the United Arab Emirates. I have read the details on my/the patient's registration form and confirm that they are correct.

ترحب بكم في عائلة ميديكليينيك ونود بتبليغكم بأنه بتعبئة نموذج التسجيل هذا ، سيتم إدخال المعلومات الخاصة بكم في سجل صحي إلكتروني موحد يمكننا من الوصول الى سجلاتكم من خلال مجموعة المستشفيات/ العيادات التابعة لنا في الإمارات العربية المتحدة.

أنا، المريض الموقع أدناه، أطلب الحصول على الرعاية الصحية والعلاج من ميديكليينيك الشرق الأوسط أو لأي من المستشفيات أو العيادات ضمن مجموعة ميديكليينيك في الإمارات العربية المتحدة. وأوافق وأصرح بما يلي:

موافقة عامة

بالتوقيع أدناه، أصرح لميديكليينيك الشرق الأوسط أو لأي من المستشفيات أو العيادات ضمن مجموعة ميديكليينيك في الإمارات العربية المتحدة وموظفيها بإجراء أية فحوصات واختبارات وإجراءات تشخيصية وتقديم أية أدوية أو علاج ضروري لتقييم صحتي والمحافظة عليها بفعالية ولتقييم وتشخيص وعملية مريض أو الإصابات اللاحقة بي. أدرك بأنه من مسؤولية مقدمي الرعاية الصحية بيان أسباب أي فحص أو اختبار أو إجراء تشخيصي محدد وخيارات العلاج المتوفرة والمخاطر الشائعة والمناخ المتوقعة المرتبطة بهذه الخيارات ودورات العلاج البديلة.

الإفصاح عن المعلومات الشخصية والطبية

أدرك بأن عنوان البريد الإلكتروني الذي قدمته في نموذج التسجيل سيستخدم كوسيلة اتصال بيني وبين ميديكليينيك الشرق الأوسط أو لأي من المستشفيات أو العيادات ضمن مجموعة ميديكليينيك في الإمارات العربية المتحدة.

عند تعبئة هذا النموذج، أصرح بموجبه للمستشفى بتقديم أية معلومات أيا كانت طبيعتها بخصوص علاجي في العيادة، بما في ذلك لكن دون حصر الأوضاع والأمراض المصاحبة الحالية لشركة التأمين أو لأي طرف آخر مسؤول عن الدفع لتغراض تحديد حق الاستفادة وإجراء الدفع، وبالتالي تحمل المسؤولية عن التسوية المالية لفواتير الطبية الخاصة بي.

يجوز لميديكليينيك الإفصاح عن اسمي وعنوان البريد الإلكتروني الخاص بي وعمّا إذا كنت مريضا بحاجة لعلاج طبية أو مريضا بحاجة للجراحة لأي طرف ثالث متعاقد معه خارج الإمارات العربية المتحدة لتغراض إجراء تحليل ضمان الجودة نيابة عن ميديكليينيك ويجوز لذلك الطرف الإفصاح عن هذه المعلومات إذا سمحت أي من القوانين المعمول بها أو المتطلبات التنظيمية في الولايات المتحدة الأمريكية بذلك أو تطلبت ذلك. سيتم تخزين هذه المعلومات وأو معالجتها إلكترونيا وفقا لقواعد وأنظمة الخصوصية ذات العلاقة في الإمارات العربية المتحدة.

إن ميديكليينيك الشرق الأوسط أو أي من المستشفيات أو العيادات ضمن مجموعة ميديكليينيك في الإمارات العربية المتحدة ملزم بموجب الأنظمة الانتحادية بتقديم بعض المعلومات المتعلقة بالمرضى وأوافق بموجبه على استخدام المعلومات الخاصة بي حسبما هو مطلوب قانونا.

أقر أيضا بأن هذه الموافقة تخضع للقوانين والاختصاص القضائي لدولة الإمارات العربية المتحدة.

تصريح بإرسال تقرير الفحص الطبي

يمكن إرسال تقرير الفحص الطبي الروتيني الذي يطلبه المريض/ ولي الأمر بواسطة الهاتف أو البريد الإلكتروني كتنظيم غير مشفر على عنوان البريد الإلكتروني المقدم من المريض والسجل في نظام ميديكليينيك

لأن التقرير لا يمكن إرساله حسبما ذكر آنفا إلا بعد استيفاء الشروط التالية:

1. على المريض/ ولي الأمر الذي يطلب التقرير أن يذكر بشكل صحيح عنوان البريد الإلكتروني المسجل في نظام ميديكليينيك؛ و
2. على المريض/ ولي الأمر الإجابة بشكل صحيح على أي سؤالين من أسئلة الأمن التالية:
 - أسع الام قبل الزواج
 - تاريخ ميلاد المريض
 - رقم هوية المريض
 - تفاصيل آخر زيارة للمريض

أؤكد بموجبه بأن عنوان البريد الإلكتروني المقدم من قبلي في نموذج طلب التسجيل هو العنوان الصحيح وأنني الوحيد الذي يمكنه الدخول الى البريد الإلكتروني الذي قدمته الى ميديكليينيك. وعليه، لا تتحمل ميديكليينيك أي التزام أو مسؤولية عن التحقق من عنوان البريد الإلكتروني الذي قدمته والذي يمكن إرسال أية معلومات عليه من خلال تقارير الفحوص الطبية الغير مشفرة التي قد أطلبها.

كما أوافق وأؤكد على أن ميديكليينيك لن تكون مسؤولة ولن تكون تحت أي التزام بخصوص أية تكاليف أو نتائج مرتبطة على إرسال تقارير الفحوص الطبية الروتينية الغير مشفرة لي، أو لولي أمري، بناء على الاستفسار الهاتفى أو الطلب من خلال الهاتف أو بالبريد الإلكتروني بعد التحقق من صحة أسئلة الأمن المذكورة آنفا.

الممتلكات الثمينة

أقر بأن ميديكليينيك الشرق الأوسط أو أي من المستشفيات أو العيادات ضمن مجموعة ميديكليينيك في الإمارات العربية المتحدة غير مسؤول عن فقدان أو تلف أية أموال أو مهورات أو مستندات أو أية أشياء أخرى ذات قيمة.

الموافقة العملية

يتوجب على العملاء ضمن الإطار الزمني المتوقع أثناء زيارة المستشفى أو الإقامة فيها تحمل المسؤولية الشخصية والوفاء بأي التزام مالي تجاه ميديكليينيك الشرق الأوسط أو أي من المستشفيات أو العيادات ضمن مجموعة ميديكليينيك في الإمارات العربية المتحدة بغض النظر عن الطريقة ومصدر الدفع (أي: الدفع الذاتي أو شركة التأمين أو شركة الكفالة أو غيره). في الحالات التي يتم فيها تقديم رسوم تقديرية، يستخدم المبلغ الموعد مقابل الرسوم المستتقة أو نسبة منها. يرجى العلم بأن الرسوم المتوقعة قد تختلف عن الحساب النهائي بالاعتماد على الخدمات الفعلية المقدمة.

وبالتالي، يتحمل العملاء المسؤولية عن تسوية الفرق في التكاليف، في الحالات التي لا تتم فيها الموافقة على تسوية تكلفة العلاج بموجب اتفاقية التأمين أو الكفالة أو من قبل الطرف المسؤول عن الدفع، يتوجب على العميل تحمل المسؤولية التامة وتسوية الحسابات.

لقد قرأت وفهمت وأوافق على الشروط والأحكام المبيئة أعلاه وأوافق على الالتزام بالمتطلبات المذكورة طيه تجاه ميديكليينيك الشرق الأوسط أو أي من المستشفيات أو العيادات ضمن مجموعة ميديكليينيك في الإمارات العربية المتحدة لقد قرأت التفاصيل المبيئة في نموذج التسجيل الخاص بي/ بالمريض وأقر بأنها صحيحة.

Name	Signature	التوقيع	الاسم
Patient/relative			المريض/أحد الأقرباء
Relationship _____	Date _____	التاريخ	صلة القرابة