

Patient Enrolment Form

استمارة تسجيل المريض

| | |
|--|---|
| <p>The information you provide will be used by Al Thiqqa Pharmacy, our affiliates, or vendors to fulfill your requests. Our Privacy Policy further governs the use of the information you provide. We respect the right to privacy of all our patients. We receive and store some information that you provide to us. You have the right to access, rectify, and request erase of personal data. You have the right to protect your privacy when using a service that collects personal information.</p> | <p>ستستخدم معلوماتك التي تقدمها/ تدونها في هذه الاستمارة من قبل صيدلية الثقة، وفروعها، وشركائها لتلبية طلباتكم، وتحكم سياسة الخصوصية لدينا استخدام بياناتك. تدل تعبئة وتسليم الاستمارة على أنك قرأت، وفهمت، وتوافق على تلك الشروط. نحن نحترم الحق في الخصوصية لجميع مرضانا. نحن نتلقى ونخزن بعض المعلومات التي تقدمها لنا. لديك الحق في الوصول إلى البيانات الشخصية وتصحيحها وطلب مسحها. لديك الحق في حماية خصوصيتك عند استخدام خدمة تتطلب جمع المعلومات الشخصية.</p> |
| <p>Patient Information</p> <p>First Name: _____</p> <p>Last Name: _____</p> <p>Date of Birth: 00/00/20--</p> <p>Street Address: _____</p> <p>Preferred Contact Number: _____</p> <p>Home Cell: _____</p> <p>Work Number: _____</p> <p>Employer (if any): _____</p> <p>Job Title: _____</p> <p>Email Address: _____</p> | <p>معلومات المريض: _____</p> <p>الاسم الأول: _____</p> <p>الاسم الأخير: _____</p> <p>تاريخ الميلاد: 00/00/20--</p> <p>العنوان: _____</p> <p>رقم الهاتف للتواصل: _____</p> <p>رقم المنزل: _____</p> <p>رقم العمل: _____</p> <p>رقم المُخدّم (إن وجد): _____</p> <p>المسمى الوظيفي: _____</p> <p>عنوان البريد الإلكتروني: _____</p> |
| <p>Gender: الجنس</p> <p><input type="checkbox"/> Female أنثى <input type="checkbox"/> Male ذكر</p> | |
| <p>Marital Status: الحالة الاجتماعية</p> <p><input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> other:</p> | |
| <p>City: المدينة</p> <p><input type="checkbox"/> Abu Dhabi (AD) <input type="checkbox"/> Dubai (DXB) <input type="checkbox"/> Sharjah (SHJ) <input type="checkbox"/> Ajman (AJM) <input type="checkbox"/> Ras Al Khaima (RAK) <input type="checkbox"/> Fujairah (FUJ) <input type="checkbox"/> Outside UAE:</p> | |

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Al Ain | |
| Healthcare Provider (HCP) Information HCP Last Name: HCP First Name: HCP Specialty: Address: City: State: Zip: License#: Practice Office Contact/Requester's Name: Contact Phone: Contact Fax: HCP Email Address: | معلومات مقدم الرعاية الصحية: الاسم الأخير: الاسم الأول: الوظيفة: تخصص مقدم الرعاية: العنوان: المدينة: عنوان البريد: رقم الترخيص #: رقم المكتب/رقم المطالب: رقم الهاتف: رقم الفاكس: البريد الإلكتروني لمقدم الرعاية الصحية: |
| Is the requested medication: هل الدواء المطلوب <input type="checkbox"/> New جديد <input type="checkbox"/> Continuation of therapy أم لتكملة علاج <input type="checkbox"/> Reauthorization أم إعادة طلب الدواء | |
| Is the patient over 18 years of age? هل المريض فوق الـ 18 سنة من العمر? <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا | |
| Disabled: من أصحاب الهمم: <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا | |
| Diagnosis & Prescription Information (ICD-10/ ICD-11): Height: _____cm Weight: _____kg Primary Diagnosis (ICD code with description) Secondary Diagnosis (ICD code with description): Drug: ICD/Dx: | التشخيص ومعلومات الوصفة (ICD-10/ ICD-11): الطول: سم الوزن: كج التشخيص الأولي (التصنيف الدولي للأمراض المراجعة الحادية عشرة مع الوصف) التشخيص الثانوي (التصنيف الدولي للأمراض المراجعة الحادية عشرة مع الوصف) الدواء: التشخيص: • كم جرعة يوميا: |

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Time(s) daily: • Quantity: • Refills: • Instructions for use: <p>For medications delivery:</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Needs by Date: _____</p> <p>Ship to: <i>Delivery will be to patient unless otherwise indicated.</i></p> <p>Patient Home, Patient Office, Other:</p> <p>For Injectable medications:</p> <p>Nursing: Specialty pharmacy to coordinate injection home health nurse visit?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> MD office <input type="checkbox"/> Infusion Clinic <input type="checkbox"/> Outpatient Health <input type="checkbox"/> Home Health</p> <p>Site of Care:</p> <p>Injection training necessary:</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Date training occurred: _____ Reason:</p> <p><input type="checkbox"/> MD office training patient <input type="checkbox"/> Patient already independent <input type="checkbox"/> Referred by MD to alternate trainer <input type="checkbox"/> Others:</p> <p>Treatment History:</p> <p>Concomitant Medications:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • الكمية: • إعادة صرف الوصفة الطبية: • كيفية الاستخدام: <p>خدمة توصيل الدواء:</p> <p><input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم</p> <p>تاريخ احتياج الدواء:</p> <p>الشحن إلى: التوصيل للمريض ما عدا إذا أوصى بغير ذلك.</p> <p>منزل المريض، مكتب المريض، أخرى:</p> <p>أدوية الحقن:</p> <p>التمرير: صيدلية متخصصة لتنسيق تدريب حقن الأدوية/زيارات الممرضات المنزلية كلما وجب؟</p> <p><input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم</p> <p>مركز تقديم الخدمة:</p> <p><input type="checkbox"/> مكتب الطبيب <input type="checkbox"/> عيادة الحقن <input type="checkbox"/> مرضى العيادات الخارجية <input type="checkbox"/> المنزل</p> <p>التدريب على الحقن غير ضروري:</p> <p><input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم</p> <p>تاريخ التدريب: _____ السبب: _____</p> <p><input type="checkbox"/> تدريب المريض في مكتب الطبيب <input type="checkbox"/> المريض مستقل لا يحتاج <input type="checkbox"/> مشار إليه من مكتب الطبيب للتبديل بين المدربين <input type="checkbox"/> أخرى:</p> <p>التاريخ العلاجي:</p> <p>الأدوية المصاحبة:</p> |
|---|---|

| | |
|---|--|
| <p>_____</p> <p>MEDICAL CONDITIONS: None, Asthma, DM, Glaucoma, Heart, High BP, Ulcer, Other</p> <p>_____</p> <p>Allergies: None, Aspirin, Codeine, Iodine, Penicillin, Sulfa, Other</p> <p>_____</p> <p>Significant Lab Results for pharmacy consideration</p> <p>_____</p> <p>Other Clinical Information or Additional supporting documentation attached:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>الحالات الطبية: لا يوجد، الربو، مرض السكري، مياه العين الزرقاء، القلب، ارتفاع ضغط الدم، القرحة، أخرى</p> <p>الحساسية: لا يوجد، أسبيرين، كودين، اليود، بنسيلين، أدوية السلفا، أخرى</p> <p>نتائج فحوصات مهمة لينظر الصيدلي المختص بها بعين الاعتبار</p> <p>معلومات مرضية أخرى أو وثائق داعمة مرفقة:</p> |
| <p>INSURANCE [Please submit a copy of prescription and insurance cards with this form, if available (front and back)]</p> <p>Medical Insurance Name:</p> <p>_____</p> <p>Policy #: _____ Ins. Card #: _____</p> <p>Copayment, if any:</p> | <p>التأمين (يرجى إرسال صورة من الوصفة وبطاقات التأمين مع الاستمارة إذا توفر)</p> <p>(صورة البطاقة من الأمام والخلف)</p> <p>اسم التأمين الصحي:</p> <p>رقم بطاقة التأمين الصحي:</p> <p>قيمة الدفع، إن وجدت:</p> |
| <p>RESOURCE/ SERVICE</p> <p>May the Program contact the patient with information about external resources? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> | <p>المصادر/الخدمات</p> <p>هل يمكن إخبار المريض بمعلومات عن المصادر الخارجية؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم</p> |

| | |
|--|---|
| <p>If patient speaks a language other than Arabic/English, please indicate language here:</p> | <p>إذا كان المريض يتحدث لغة أخرى عن العربية /إنجليزية، الرجاء ذكر اللغة:</p> |
| <p>How and When to Re-enroll:</p> <p>Medication/facility/project patients must send a new form each calendar year. To stay in Al Thiqa Pharmacy specialty program. Both the patient and HCP must complete and sign the patient enrolment form.</p> | <p>كيفية إعادة التسجيل ومتى:</p> <p>يجب على مرضى الدواء / المنشأة / المشروع إرسال استمارة جديدة مع بداية العام الجديد. للاستمرار في برنامج صيدلية الثقة التخصصية، يجب على المريض ومقدم الرعاية الصحية تعبئة الاستمارة كاملة وتوقيعها.</p> |
| <p>Patients should (1) read the Patient Authorization, (2) check the desired permission boxes, and (3) return the form to Al Thiqa Pharmacy.</p> <p>Options to complete and return the form:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Download a copy, print, check the desired boxes, and sign. The completed form may be submitted in person or mailed to specialty@thiqapharmacy.com 2. Patients may also read, sign, and submit a digital version of this form at the Patient Engagement APP (if applicable). <p>The information provided above is true and accurate to the best of my knowledge, with supporting documentation in the patient's medical record. By signing above, I hereby authorize Al Thiqa pharmacies and/or its affiliate pharmacies to complete and submit prior authorization requests or any health information to insurance companies/stakeholders for the prescribed medication for this patient and to attach this Enrolment Form, to the vendors delivering the services requested, as my signature. We may release your information to legal authorities to respond to any government or regulatory request. You may also notify us through the Contact Information below of any changes in any personal information you provided to us to ensure that it is complete, accurate, and updated or to delete your account and stop our services. We may not be able to</p> | <p>يجب على المرضى (1) قراءة تصريح المريض و (2) تحديد الرغبات و (3) إرجاعها للصيدلية.</p> <p>الاختيارات لتكملة وإرجاع الاستمارة:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. تحميل نسخة وطباعتها وتحديد الاختيارات ثم التوقيع. يرجى إرسال الاستمارات المكتملة شخصياً أو إرسالها عن طريق البريد الإلكتروني إلى specialty@thiqapharmacy.com 2. يمكن للمرضى قراءة وتوقيع وإرسال نسخة إلكترونية من الاستمارة على التطبيق التفاعلي للمرضى <p>المعلومات الموفرة هي صحيحة ودقيقة لحد معرفتي، مع توفر ورق توثيق السجل الطبي للمريض. بتوقيعي على الاستمارة، أوكل صيدلية الثقة وفروعها بتكملة وإرسال طلب موافقة مسبقة لشركات التأمين ومزودي الخدمة المتعاقدين أو متعاونين مع الصيدلية لصرف وصفة الدواء المذكور أو لتقديم الخدمات المطلوبة وإرفاق الاستمارة لهذه الجهات كبديل لتوقيعي. في حال طلبت السلطات القانونية، قد نقوم بمشاركة معلوماتك للرد على أي طلب حكومي أو قانوني. يمكنك إخطارنا من خلال معلومات الاتصال أذناه بأي تغييرات في أي معلومات شخصية قدمتها لنا للتأكد من أنها كاملة ودقيقة ومحدثة أو لحذف حسابك وإيقاف</p> |

accommodate your request if we believe it would violate any law or legal requirement if we have a legal basis or obligation to maintain it, or if it would cause the information to be incorrect. By completing and submitting this form, you indicate that you read, understand, and agree to these terms.

I permit each of my "Healthcare Providers" (e.g., my physicians, pharmacists, pharmacies, other healthcare providers, and their staff), "collaborators", "vendors" and "Insurers" (e.g., my health insurance plans) to share my Protected Health Information (PHI) on a need-to-know basis.

My "Protected Health Information" includes but is not limited to the following information related to my medical condition, treatment, prescriptions, and health insurance coverage.

The following parties are permitted to receive and use my Protected Health Information (collectively "Al Thiqa Pharmacy"):

Al Thiqa Pharmacy, its affiliated companies, vendors, and representatives, providers of other sources of funding include charitable foundations or organizations analyzing data from Al Thiqa Pharmacy, specifically, I permit Al Thiqa Pharmacy to receive, use, and share my Protected Health Information to:

1. See if I qualify for, sign me up for, and contact me about Al Thiqa Pharmacy
2. Manage the Al Thiqa Pharmacy
3. Give me educational and adherence materials, information, and resources related to my medication in connection with Al Thiqa Pharmacy
4. Communicate with my Healthcare Providers regarding access to, reimbursement for, and fulfillment of my medication, and confirm to my Healthcare Provider that support has been provided by the Al Thiqa Pharmacy

خدماتنا. قد لا نتمكن من تلبية طلبك إذا اعتقدنا أنه سينتهك أي قانون أو متطلبات قانونية إذا كان لدينا أساس قانوني أو التزام بالحفاظ عليها، أو إذا كان من شأنه أن يتسبب في عدم صحة المعلومات. من خلال إكمال هذا النموذج وإرساله، فإنك تشير إلى أنك قرأت هذه الشروط وفهمتها ووافقت عليها.

أمنح الصلاحية لكل من مقدمي الرعاية الصحية (مثل الأطباء، و الصيادلة، والصيدليات التخصصية، ومقدمي الرعاية الآخرين والموظفين) وشركات التأمين (مثل، خطة التأمين) و مزودي الخدمة المتعاقدين أو متعاونين مع الصيدلية لمشاركة معلوماتي الصحية المحمية عند الحاجة.

تشمل المعلومات الصحية المحمية المعلومات التالية مثل: حالي الصحية، والعلاج، والوصفات الطبية، ومعدل تغطية التأمين الصحي.

أمنح الصلاحية للشركاء الأتي ذكرهم لاستلام واستخدام معلوماتي الصحية المحمية (في المجمع صيدلية الثقة):

صيدلية الثقة، والشركات التابعة لها، والبائعين، والممثلين، والممولين مثل مؤسسات التبرع أو مؤسسات تحليل المعلومات من صيدلية الثقة التخصصية، وبالتحديد، أعطي الصلاحية لصيدلية الثقة التخصصية لاستلام، واستخدام، ومشاركة معلوماتي الصحية المحمية لتحقيق الآتي:

1. تسجيلي / إلحاق بي برنامج العلاج مع صيدلية الثقة
2. إدارة معلوماتي بواسطة صيدلية الثقة التخصصية
3. توفير مواد تعليمية ومعلومات ومصادر متعلقة بدوائي مع صيدلية الثقة التخصصية
4. التواصل مع مقدمي الرعاية الصحية لإمكانية الحصول على أدويتي وسداد الرسوم واستيفاء مصاريف الأدوية و استكمال العلاج، والتأكد مع مقدمي الرعاية الصحية أن صيدلية الثقة التخصصية وفرت الدعم الكامل.
5. التواصل مع شركات التأمين ومقدمي الرعاية للتأكد والتنسيق معهم على تغطية تكلفة الدواء

5. Verify, assist with, and coordinate my coverage for my medication with my insurers and Healthcare Providers
6. Coordinate prescription or treatment location and associated scheduling
7. Conduct analysis to help Al Thiqa Pharmacy evaluate, create, and improve its products, services, and patient/client support for patients
8. Share and give access to information created by the Al Thiqa Pharmacy that may be useful for my care

I understand that my Protected Health Information may be shared by Al Thiqa Pharmacy for the uses written in this Form to:

- My Insurers
- My Healthcare Providers
- Any of the persons given permission to receive and use my Protected Health Information as mentioned above
- Any individual I give permission as an additional contact

To the Patient: Al Thiqa Pharmacy offers services to help patients who qualify obtain certain Al Thiqa Pharmacy services at no cost. To determine your eligibility for the support and to administer your participation if you are accepted, Al Thiqa Pharmacy, along with its affiliated companies and contractors who administer the services, need to obtain certain information about you from your physician (who is also called your "HCP" in this form). Please complete this authorization, sign, and date it, and return it to your doctor or Al Thiqa Pharmacy.

To the HCP: Please retain the original signed authorization with the patient's records and provide a copy to the patient. You do not need to return this patient authorization to Al Thiqa Pharmacy.

I request and authorize my Doctor/HCP, to give Al Thiqa Pharmacy, including representatives and contractors who work on behalf of Al Thiqa Pharmacy (collectively, "Al Thiqa Pharmacy"), my protected health information,

6. تنسيق مكان العلاج والجدولة الزمنية
 7. تحليل البيانات لمساعدة صيدلية الثقة في تقديم خدمات أفضل وتقييم وتحسين منتجاتها وخدماتها وخدمة دعم المريض/العميل
 8. السماح ومشاركة المعلومات التي أنشئت من قبل صيدلية الثقة التخصصية بهدف إفادة للمريض
- أفهم أنه يمكن مشاركة معلوماتي الصحية المحمية من قبل صيدلية الثقة للاستخدامات المذكورة في الاستمارة الآتي:

- شركة التأمين
- مقدمي الرعاية الصحية
- أي شخص لديه الإذن باستقبال واستخدام معلوماتي الصحية المحمية كما سبق ذكره
- أي شخص لديه الإذن كجهة اتصال إضافية

إلى المريض: توفر صيدلية الثقة التخصصية خدمات مجانية للمرضى مستحقي الخدمة. لتحديد أحقية المريض في الحصول على الخدمة وإدارة مشاركة المريض إذا تم قبوله، تحتاج صيدلية الثقة التخصصية، وفروعها، والمتعاقدين لتقديم الخدمات، بالحصول على بعض المعلومات من الطبيب، أيضا يسمى ب(مقدم الرعاية الصحية). يرجى تكملة التصريح، والتوقيع مع التاريخ، وتسليمها لطبيبك أو الصيدلي في صيدلية الثقة.

إلى مقدم الرعاية: يرجى الاحتفاظ بالنسخة الأصلية من التصريح الموقع مع أوراق المريض وإعطاء نسخة للمريض. لا تحتاج لإرجاع التصريح لصيدلية الثقة التخصصية.

أطالب أنا المريض وأوكل الطبيب/الموفر للرعاية بإعطاء وتوفير كل من صيدلية الثقة، والمتعاقدين، والممثلين الذين يعملون بالنيابة عن صيدلية الثقة بمعلوماتي الصحية المحمية، وتشمل معلومات عن حالي الصحية والعلاج الموصوف طبيًا، وتشمل المعلومات التي تعتبر ضرورية لإثبات أهليتي للانضمام للبرنامج التخصصي

including but not limited to information about my medical condition and treatments, which is necessary to determine my eligibility for the services and for my continuing participation if I am accepted, to administer the service, to account for my withdrawal if I decide to stop receiving this/these services and to evaluate patient satisfaction and the Program's overall effectiveness. The type of information that can be given under this authorization may include:

- My name and birth date
- My address and telephone number
- My financial information
- Information about my health benefits or health insurance coverage
- Information on my medical condition, as necessary

I understand that I may refuse to sign this authorization and that it is strictly voluntary. Further, I understand that my HCP may not condition the provision of my treatment on my signing this authorization. I know that I can cancel (revoke) this authorization at any time by writing to my HCP &/or Al Thiqa Pharmacy. If I cancel this authorization, then my Doctor will stop providing Al Thiqa Pharmacy, and its representatives, with information about me. However, I cannot cancel actions that have already been taken by relying on my authorization. I understand that once my HCP gives Al Thiqa Pharmacy information about me based on this authorization, the privacy laws may not prevent Al Thiqa Pharmacy from further disclosing my information. I also understand that signing this authorization does not guarantee that I will be accepted into Al Thiqa Pharmacy patient service(s). This authorization will expire one (1) year after the date it is signed, below, or as required by law.

CONFIDENTIALITY NOTICE:

This communication and any attachments may contain confidential and/or privileged information for the use of the designated recipients named above. If you are not the intended recipient, you are hereby notified that you have received this communication in error and that any

والحصول على الخدمات وضمن استمرار الخدمات والمشاركة في الخدمة إذا قُبلت، لتقديم الخدمة وانسحابي من الخدمة إذا قررت بالرغبة في توقف الخدمة، وتقييم رضا المريض عن الخدمات المقدمة و عن فعالية البرنامج.

تشمل المعلومات التي يمكن الإفصاح عنها الآتي:

- اسمي وتاريخ الميلاد
- العنوان ورقم الهاتف
- معلوماتي المالية
- معلومات عن تغطية التأمين الصحي
- معلومات عن حالتي الصحية، إذا كان ضروري

أفهم أنني قد أرفض توقيع هذا التفويض وأنه خيارى تماماً. أيضاً، أفهم أن توقيعى على هذا التفويض لا يعد شرطاً لحصولى على العلاج المناسب من قبل طبيبى، قد لا يشترط مقدم الرعاية بتوفير علاجى. أعلم أنه يمكن إلغاء التفويض فى أى وقت عند التحدث مع مقدم الرعاية أو مع صيدلية الثقة التخصصية. مع إلغاء التفويض، سيتوقف الطبيب عن تزويد صيدلية الثقة التخصصية، وممثليها بمعلومات عني. مع ذلك، لا يمكننى إلغاء الإجراءات التي اتخذت سابقاً اعتماداً على تفويض منى. أفهم أنه حينما يعطى مقدم الرعاية معلومات عني لصيدلية الثقة التخصصية اعتماداً على التفويض، لا تمنع قوانين الخصوصية صيدلية الثقة التخصصية من الإفصاح عن معلوماتى. أفهم أيضاً أنه بتوقيعى على التفويض، لا يمكن ضمان قبولى فى خدمات صيدلية الثقة التخصصية للمرضى، وينتهى التفويض بعد مرور عام من توقيعه طبقاً للقانون.

إشعار بالمحافظة على السرية/ الخصوصية:

هذا التواصل والأوراق المرفقة قد تحتوي على معلومات سرية لتستخدم من قبل المستلمين المذكورين سابقاً. إذا لم تكن من المستلمين المعنيين، فإنك استلمت تلك المعلومات بصورة خاطئة، ويمنع التقييم أو الإفصاح أو الترويج أو توزيع أو نسخ

| | |
|---|--|
| <p>review, disclosure, dissemination, distribution, or copying of it or its contents is prohibited. If you have received this communication in error, please notify the sender immediately by telephone and destroy all copies of this communication and any attachments. Plan member privacy is important to us. Our employees are trained regarding the appropriate way to handle members' private health information. This document contains references to brand-name prescription drugs that are trademarks or registered trademarks of pharmaceutical manufacturers not affiliated with Al Thiqa Pharmacy and/or one of its affiliates.</p> <p><input type="checkbox"/> I have received and read the Patient Rights and Responsibilities statement</p> <p><input type="checkbox"/> I have received and read the Privacy Policy</p> | <p>المحتوى . يرجى إبلاغ المرسل فوراً بالهاتف إذا لم تكن من المعنيين، والتخلص من المحتوى والأوراق المستلمة.</p> <p>خصوصية المريض تهمنا. درّب طاقم العمل على كيفية تناول المعلومات الصحية الشخصية للمرضى. يحتوي المستند على مراجع لأدوية تصرف بوصفة طبية وهي علامة مسجلة لشركات أدوية ولا تنتمي لأي من فروع صيدلية الثقة المسجلة وليست من الشركات التابعة لها فروع صيدلية الثقة.</p> <p><input type="checkbox"/> لقد استلمت وقرأت بيان حقوق ومسؤوليات المريض</p> <p><input type="checkbox"/> لقد استلمت وقرأت سياسة الخصوصية</p> |
|---|--|

Patient Full Name اسم المريض الكامل :

Physician Full Name:

Date التاريخ :

Date:

Signature التوقيع :

Signature:

Patient or caregiver {If personal representative, indicate authority to sign on behalf of Patient (if applicable)}
المريض أو ممثل شخصي (إذا أوضح أن يمكنه التوقيع بالنيابة عن المريض)