



## Consent of General Treatment

### إقرار عام بقبول العلاج والإجراءات التشخيصية

Document Ref No.	ACDC-MED 01-Form15
Effective Date	5 <sup>th</sup> July 2022
Version No.	11

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 laboratory 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 I have the freedom to choose my own pharmaceutical care provider.

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.

Patient Name \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_

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.

إني 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 وأي 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.

أقر كذلك بأن 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 والعلاج.

أفهم أن لدي الحرية في اختيار مقدم الرعاية الصيدلانية الخاص بي.

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.

إنا اتفهم انني سأتحمل جميع الالتزامات المادية المتوقعة الناتجة عن رفض شركة التأمين.

إنا أوافق /أسمح

- باستخدام توقيعى الإلكتروني على الوثائق الإلكترونية و على 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 \_\_\_\_\_

### إقرار نائب المريض أو ولي الأمر

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

أقر أنا \_\_\_\_\_ من الجنسية \_\_\_\_\_ العمر \_\_\_\_\_، رقم إثبات الشخصية \_\_\_\_\_ ونوعها \_\_\_\_\_، بأني ولي أمر أو أتوب عن المريض بصفتي



## Consent of General Treatment اقرار عام بقبول العلاج والإجراءات التشخيصية

Document Ref No.

ACDC-MED 01-Form15

Effective Date

5<sup>th</sup> July 2022

Version No.

11

Process Owner

Medical management

قد طلب مني انطلاقاً من مصلحة المريض، بالتوقيع على الإقرارات والموافقات المطلوبة من قبل المركز الطبي بالنيابة عنه لتعذر قيامه بذلك.

توقيع نائب المريض/ ولي الأمر \_\_\_\_\_

التاريخ \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

شاهد توقيع الإقرار

### Witness

I am Advanced Cure Diagnostic 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.

Name of Witness \_\_\_\_\_

Job Title \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_

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.

**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.

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

### 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.

#### 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.

#### 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.

#### 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.

#### 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.

#### 6. Language:

Consent of General Treatment

5<sup>th</sup> July 2022, Version 11

RESTRICTED

5. اسئلة المريض والمعلومات:

page 2 of 2

اسم الشاهد

المسمى الوظيفي

التوقيع

المرجع/ الوسيط

المريض قد تفهم ما ترجم وما نقل إليه ووقع هذا الإقرار بملى إرادته.

اسم المترجم

المسمى الوظيفي

التوقيع

#### توجيهات وشروط

#### 1 الشروط 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 عن الابن. أن يكون بكامل قواه العقلية. أن تكون حالته الصحية والنفسية تؤهله لمعرفة مضمون الإقرار والتوقيع عليه. أن يجيد القراءة والكتابة أو يتم إيضاح النقاط له عن طريق شخص آخر يقوم بالتوقيع معه في محضر الإقرار. يتساوى الذكر والأنثى في هذا الحق.

#### 2. ولي الأمر

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

#### 3. النائب عن المريض

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

#### 4. استثناءات

يستثنى من توقيع الإقرار مريض الحوادث الفادق 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.



**Consent of General Treatment**  
**اقرار عام بقبول العلاج والإجراءات التشخيصية**

<b>Document Ref No.</b>	ACDC-MED 01-Form15
<b>Effective Date</b>	5 <sup>th</sup> July 2022
<b>Version No.</b>	11

Process Owner

Medical management

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 والمتعارف 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 وسهلة الفهم وتعينه على اتخاذ القرار فيما يتعلق بالإجراء المقترح وغير متضمنة أية وعود مستقبلية أو مبالغات.

**6اللغة:**

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:**

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