

PATIENT NAME:

MRD NO:

SEX:

DOB:

Tel No:

PATIENT CONSENT FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

موافقة المريض للإفراج عن المعلومات الطبية

Date:

التاريخ:

Date(s) of treatment from: _____ to _____

تاريخ (تواريخ) المعالجة من: _____ إلى _____

I hereby request copies of the following Medical Information:

بهذا اطلب نسخ من المعلومات الطبية التالية:

- Transcribed Operative Report
 Discharge Summary
 Medical Imaging CD (X Rays, PET Scans, CT Scans, Mammography, etc)
 Cardiology Reports (PFT, Stress Test, Echo)
 Medical Imaging Reports
 Pathology Reports
 Laboratory Results

- تقرير العمليات الجراحية
 مخلص الخروج من المستشفى
 القرص المدمج للتصوير الطبي (اشعة سينية، تصوير (ب.بي.تي) التصوير المقطعي، التصوير الاشعاعي للثدي، الخ.
 تقارير أمراض القلب (ب.اف.تي، اختبار الاجهاد، الصدى)
 تقارير التصوير الطبي
 تقارير علم الامراض
 نتائج الفحوصات المخبرية

Other: _____

غيرها: _____

This information is to be released to:

يتم الافراج عن هذه المعلومات إلى:

Patient

المريض

Authorized Representative:

الشخص المفوض من قبل المريض باستلام المعلومات الطبية:

Name: _____

الاسم: _____

Relation to Patient: _____

صلة القرابة بالمريض: _____

I authorize the information to be released by:

اسمح بان يتم الافراج عن المعلومات بواسطة:

EMAIL FAX Post

البريد الالكتروني الفاكس البريد

E- Mail Address: _____

عنوان البريد الالكتروني: _____

If applicable: Fax to: _____ Fax No. _____

الفاكس إلى: _____ رقم الفاكس: _____

Receipt Confirmed: Yes No

تأكد الاستلام: نعم لا

If applicable: P.O. Box number: _____

أو صندوق البريد: _____

This Consent is valid for thirty days from the date of signature however, this authorization may be revoked in writing at any time before the expiration. By signing the patient is consenting to have their medical information released and the facility its employees and physicians are hereby released from any legal responsibility or liability for release of the above information to the extent indicated and authorized herein.

تسري هذه الموافقة لمدة ثلاثين يوماً من تاريخ التوقيع، ولكن يمكن الغاء هذا التفويض خطياً في أي وقت قبل انتهاء صلاحيته. بالتوقيع على هذه الموافقة يوافق المريض على الافراج عن المعلومات الطبية وان المنشأة وموظفيها واطباءها بموجبه يتم اعفاؤهم من أي مسؤولية قانونية او مطالبة بسبب الافراج عن المعلومات الطبية المذكور أعلاه للمدى الموضح والمصرح به في هذه الموافقة.

(Signature of Patient or Authorized Representative)

(توقيع المريض او الممثل القانوني)

Emirates ID No.: _____ Date: _____

رقم الهوية: _____ التاريخ: _____

Please note that your request will be processed as quickly as possible. However, please allow up to three working days for the request to be processed and your records copied.

يرجى العلم بأن طلبك سوف يتم اجراءه في أسرع وقت ممكن. ولكن، يرجى الانتظار ثلاثة أيام عمل للطلب ليتم إجراءه ونسخ سجلاتك

Date Released: _____

Released By (Staff Name): _____

Staff Signature: _____

تاريخ الافراج: _____

الافراج بواسطة: اسم الموظف: _____

توقيع الموظف: _____