

## Patient Details

Patient Name	Lareena Jamani
Gender	Female
DOB/AGE	
Email	

\*\*\*\*\* Please read and sign at the bottom of the form.

Masini-



Reg #	
Nationality	Indian
Mobile #	

Signature of Patient or his/her Representative:

Doctor's Signature

ر.١٢. دسـاء ظـيف الـآذـن

Sam

في حال اصرار المريض على تغيير خطه العلاج بما يتعارض مع نصائح الطبيب فعلية هو أو من يمثله أو المسؤول عنه التوقيع على التهدئه الخاص بذلك والذي يعفي عيادة عيادات دينتسيري الطبية واطباءه بشكل كامل من أي مسؤولية قانونية أو معنوية مهما كانت.

إن عدم التزام المريض بالمواعيد المحددة له أو تعليمات الأطباء قد تؤدي إلى مضاعفات قد تغير خطة العلاج أو تؤدي إلى فشلها، وفي هذه الحالة يتحمل هو وحدة تكالفة خطة العلاج الأصلية المتفق عليها إضافة إلى التكالفة الإضافية الناتجة عن تتعديل خطة العلاج كما يتحمل المريض أيضاً مسؤولية أخرى دون تحمل عبادة عيادات دينستري طبية أو أطبائه أي مسؤولية مادية أو طبية أو قانونية أو معنوية مما كانت

ان تكلفة جميع مراحل العلاج يجب ان تدفع مقدماً بالكامل و هي غير مرتجعة في أي مرحلة من مراحل العلاج حتى ولم يكمل المريض العلاج لأي سبب.

ان توقيع المريض او من هو مسؤول عنه او ممثله على هذه الورقة يعني أنه: قررها وفهم مافيهما وقبلاها واستفسر بشكل كامل ويرضيه كل ما يتعلق بالعلاج من أطباء العيادة ومن أي جهة أخرى يريدها وافق عليها وطلب من أطباء عيادة عيادات دينيستري الطبية البدء في العلاج وفقطهم يعلم ما يرونه مناسب لعلاج وتعهد بالإلتزام بتعليماتهم ومواعيد العلاج ودفع كامل تكاليف العلاج

### اسم المريض / المريضة:

لقد قات ما مسيه، و عليه أوقع

تقييم النريض/ المريض أو من يمثله:

Witness Signature / توقيع الشاهد

Doctor's Signature / دكتور

دستی امضا / Signature

→ ex. 1

2. K-D 0501

I have read all what is mentioned above and I will sign below in agreement on