



DENTISTREE DENTAL CLINIC



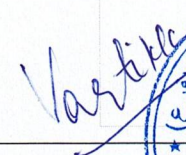

General Consent Form - Registration

Patient Name	:	ANUL MUNDRA KISHORE MUNDRA	Emirates ID	:	784-1988-9759687-4
File No	:	454	DOB	:	1988-02-15
Nationality	:	Indian	Date	:	2025-09-04
Gender	:	Female	Doctor's Name	:	Vartikka Damani

I consent to the examination, tests, and treatments, which may be done by the physician and assistant staff during my course of therapy. I understand I have to inform my personal and medical details and have the right to be informed about my treatment. I understand that the Center is not responsible for my personal property, money, or valuable left unattended. I authorize the Center to release information about my treatment: a.) as required to process payment of claims and (b) to other facilities or providers for the continuity of my care. In consideration of the services provided at the centre, I agree to pay the centre for all services provided to me. If any health insurance programs cover my treatment, I authorize the centre to bill any such insurer for all medical services provided, and agreed to pay any co-payment or charges not covered by my health insurance. This consent form will be stored in the patient's medical record at the clinic. I have read and understand the information on this sheet.

أوافق أنا الموقع أدناه على كل الفحوصات والاختبارات المعملية ، وعلى خطط العلاج التي يجريها لي الأطباء والأخصائيون والفريق الطبي المرافق بالمركز الطبي طوال فترة علاجي ، وأعلم جيداً أنني يجب أن أبلغ الأطباء والعاملين بالمركز كل التفاصيل الخاصة بي وأهمها التفاصيل الطبية ، كما أن من حقي معرفة أسلوب وخطة العلاج الخاصة بي، كما أعلم أن المركز الطبي (العيادة) ليست مسئولة عن حاجياتي الخاصة بالأموال وأي متعلقات خاصة بي لم أقم بحفظها ، وأنا أخول المركز (العيادة) بإبلاغ أي معلومات عن علاجي إلى الهيئات الخاصة بتغطية نفقات العلاج ، أو الجهات الطبية التي قد تتولى تكملة علاجي فيما بعد ، وذلك إذا طلب منا ذلك. أقر بالموافقة على تسديد جميع نفقات علاجي بالمركز إما بالدفع الفوري أو بتحويل المركز (العيادة) بإرسال فاتورة علاجي إلى التأمين الصحي التي أنتمي إليها ، كما اتعهد بدفع أي مصاريف إضافية غير مغطاه من شركات التأمين ، هذا الإقرار سيتم حفظه في الملف الطبي الخاص بالمريض، أقر بأنني قد قرأت وفهمت كل ما جاء في هذا الإقرار.

Sign here, only if all of your questions have been answered to your satisfaction

PATIENT	WITNESS	DENTIST
		
Patient Name ANUL MUNDRA KISHORE MUNDRA Date 2025-09-04	Date 2025-09-04	 Dental Telephone No. 042234653 / 043956311 Dubai - U.A.E Date 2025-09-04