

## GENERAL CONSENT FORM

I am asking for medical care treatment at this facility, and agree to accept services which may diagnose my medical condition, procedures to treat my condition and medical care.

- I understand that these services will be provided to me by physicians, nurses and other health care providers. I understand that some of my physicians, nurses and other healthcare providers may be trainees, under the supervision of appropriate personnel, and may participate in my treatment, and I consent to such involvement in my care.
- I understand that my agreement to accept this service is called a General Consent and that it includes any routine procedure(s) or treatment(s) such as blood drawing, physical examination, administration of medication(s), use of local anesthesia, and other non-invasive procedures.
- I do acknowledge that different declarations may be needed for some specific diagnostic and surgical procedures.
- I further acknowledge, that results of medical treatments and surgical procedures may not be adequately predicted. Neither the medical center, nor attending medical team can or are allowed to give any guarantee or confirmation of outcomes.
- I grant permission for my medical data be reviewed when required from the Health Authority - Abu Dhabi, authorized bodies and concerned insurance company according to the laws and regulation of the health authority.
- I grant permission, for my medical data to be used for clinical research, if needed, with the understanding that my identity shall remain confidential and privacy respected.
- I authorize and consent for taking photograph/s before and after the treatment/procedure to document baseline and to assess, record and monitor progress.
- 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 not limited to, eyeglasses, hearing aids, dentures, jewelry, money and all other valuables. I understand that valuables may be secured in the medical center safe upon my request and hereby release the medical center of any responsibility for those valuables and items of personal property which are not deposited with the medical center for safe-keeping.
- I understand that there may be personal cost involved in my treatment as per the UAE laws and regulations.
- I have been informed about patient's right & responsibilities.
- This consent is valid as long as I am receiving treatment at **Accura Med Medical Center**.
- This consent is valid as long as I am receiving treatment at **Accura Med Medical Center**.
- 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.

إني أسعى للحصول على علاج طبي في هذا المركز ، وأوافق على قبول الخدمات التي قد تشخص حالتني الطبية وإجراءات علاج حالتني والرعاية الطبية.

• إني على دراية بأن هذه الخدمات سيتم توفيرها لي من قبل الأطباء والمرمضات ومساعدوهم الآخرين من الكادر الطبي. أفهم أن بعض أطبائي ومرمضاتي ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين قد يكونون متدربين ، تحت إشراف الموظفين المناسبين ، وقد يشاركون في علاجي ، وأنا أوافق على هذه المشاركة في رعايتي.

• أعلم أن موافقتي تقع ضمن إطار الموافقة العامة للخدمات وأنها تتضمن أي إجراء روتيني أو علاج مثل سحب الدم ، والفحص السريري ، وإعطاء الأدوية، واستخدام التخدير الموضعي ، وغيرها من الإجراءات المرخصة في المركز .

• أقر بأن بعض الإجراءات التشخيصية والعلاجية المحددة قد تتطلب إقرارات خاصة بها.

• أقر كذلك بأن نتائج العلاجات الطبية والإجراءات الجراحية قد لا يتم تقديرها مسبقاً بشكل دقيق. لذلك لا يمكن للمركز الطبي ولا الفريق الطبي المعالج تقديم أي ضمان أو تأكيد للنتائج العلاجية.

• أمانح الإذن بمراجعة بياناتي الطبية عند الطلب من هيئة الصحة - أبوظبي والهيئات المعتمدة وشركة التأمين المعنية وفقاً لقوانين وأنظمة الهيئة الصحية مراعين السرية التامة والقواعد المعتمدة عندهم.

• أمانح الإذن لاستخدام بياناتي الطبية في البحث السريري ، إذا لزم الأمر ، مع المحافظة على السرية التامة والخصوصية وعدم الكشف عن هويتي.

• أتحمل المسؤولية الكاملة عن جميع الممتلكات الشخصية ، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر ، النظارات الطبية ، أجهزة السمع ، أطقم الأسنان ، المجوهرات ، المال وجميع الأشياء الثمينة الأخرى. أفهم أنه قد يمكن إيداع الأشياء الثمينة في خزنة المركز الطبي بناءً على طلبي ، وبموجب ذلك أعفي المركز الطبي من أي مسؤولية عن تلك الأشياء الثمينة والأشياء الشخصية التي لا يتم إيداعها لدى المركز الطبي لحفظها.

• أتعهد بسداد التكاليف المادية التي قد تترتب على الفحوصات والإجراءات التي أقوم بها، طبقاً للقوانين والأنظمة المعتمدة في دولة الإمارات العربية المتحدة.

• لقد تم إبلاغي بحقوق المريض ومسؤولياته  
• هذه الموافقة سارية طالما أنني أتلقى العلاج في مركز أكورا ميد الطبي

• أفهم أن موافقتي على قبول هذه الخدمات ستظل سارية ما لم أقل أنني لم أعد أرغب في الحصول على هذه الخدمات أو حتى يتم الانتهاء من علاجي.

## GENERAL CONSENT FORM

Patient Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

In case of refusal please fill up the specific Refusal Form

## SUBSTITUTE CONSENT GIVER

If the patient cannot consent for him/herself, the signature of parent, healthcare provider, 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 of I.D. Number \_\_\_\_\_

Type \_\_\_\_\_ Do hereby declare that I am the

guardian/substitute consent giver for the patient in my capacity as

\_\_\_\_\_

I have been asked, in the best interests of the patient, to sign this declaration and consents required by the Center as the patient is incompetent to do so.

Name of Substitute Consent Giver: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Relationship: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

WITNESS

I \_\_\_\_\_ am Accura Med Medical Center Employee who is not the patient's physician, have witnessed the patient or his/her Substitute Consent Giver voluntarily sign this form.

Name , Title: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

توقيع المريض: \_\_\_\_\_

تاريخ: \_\_\_\_\_

في حالة الرفض ، يرجى ملء نموذج الرفض المحدد

مقدم الموافقة البديل

إذا لم يستطع المريض الموافقة على نفسه ، توقيع الوالد أو مقدم الرعاية الصحية أو الوصي القانوني أو مانح الموافقة البديل الذي يتصرف نيابة عن المريض أو أقرب أقارب المريض الذي يوافق على علاج المريض يجب الحصول عليها

أنا \_\_\_\_\_ من الجنسية \_\_\_\_\_ ، عمري \_\_\_\_\_

سنوات ، حامل حامل بطاقة الهوية رقمها : \_\_\_\_\_

نوعها: \_\_\_\_\_ أصرح بموجب هذا بأنني الوصي / مانح الموافقة

البديل للمريض

بصفتي \_\_\_\_\_

لقد طلب مني ، من أجل مصلحة المريض ، التوقيع على هذا الإقرار والموافقات التي يطلبها المركز لأن المريض غير مؤهل للقيام بذلك.

اسم مانح الموافقة البديل: \_\_\_\_\_

العلاقة: \_\_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

الشاهد

أنا \_\_\_\_\_

أنا موظف في مركز أكورا ميد الطبي ، وهو ليس طبيب المريض ، قد شهد أن المريض أو متبرع الموافقة البديلة يوقع طواعية على هذا النموذج.

الاسم : \_\_\_\_\_

اللقب الوظيفي: \_\_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

## GENERAL CONSENT FORM

### GUARDIAN

#### Patient guardian or substitute consent giver must meet the following legal criteria:

Shall be 18 years old or more. A Father or mother have 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 and write properly, otherwise may be assisted by another person who explains the contents and sign the declaration with him/her as witness. Both males and females are considered equal in consenting.

#### Definition of the 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.

#### Definition of Substitute Consent Giver:

If the patient has no relatives residing in UAE: his/her sponsor or a substitute of the sponsor, then a friend may sign on his/her behalf.

#### 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.

#### Only the UAE laws shall be applied

To any dispute that may arise regarding the treatment or dealing with the patient. The UAE courts are exclusively competent to decide and judge on such dispute.

#### 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 aspects of the disease, diagnostic measures and treatments, as well as any side effects and usual complications. This should be: clear, scientific, easily understood, and enough to assist him/her in taking decisions. This information shall not contain any promises or expectations.

#### Language:

There should be a common language between the patient/guardians or substitute consent givers and physician in order to understand content of the declaration. A translator may be used, if necessary, who must also sign the declaration.

### القواعد الإرشادية

يجب أن يستوفي الوصي على المريض أو مانح الموافقة البديل المعايير القانونية التالية

أن يكون عمره 18 سنة أو أكثر. للأب أو الأم الحق في التوقيع نيابة عن ابنهما أو ابنتهما بغض النظر عن سنهما. أن يكون سليم العقل والجسد. أن يكون قادراً على فهم محتويات الإقرار والتوقيع عليه. يستطيع القراءة والكتابة بشكل صحيح ، وإلا يمكن أن يساعده شخص آخر يشرح المحتويات ويوقع الإقرار معه / معها كشاهد. يعتبر كل من الذكور والإناث متساويين في الموافقة

#### تعريف الولي

الأب ، الأم ، الأخ ، الأخت ، العم ، الجد ، الجدة ، الأقارب أو أي والد في القانون. الزوج يحل محل الأب ومن يتبعه

#### تعريف مانح الموافقة البديل

إذا لم يكن للمريض أقارب مقيمين في دولة الإمارات العربية المتحدة: كفيله / كفيلها أو بديل للكفيل ، فيجوز لصديق التوقيع نيابة عنه / عنها

#### الإعفاءات

• يُعفى مريض الطوارئ الفاقدين للوعي / غير المؤهل الذي ليس لديه وصي أو مانح موافقة بديل وقت دخوله / دخولها في الحادث ووحدة الطوارئ من إعطاء الموافقة.

• يجب على الزوج التوقيع بنفسه على الإقرار المتعلقة بالعلاجات والتدخلات الجراحية التي قد تؤثر على خصوبة زوجته في المستقبل.

يتم تطبيق قوانين دولة الإمارات العربية المتحدة فقط

لأي خلاف قد ينشأ بشأن علاج المريض أو التعامل معه. تختص محاكم دولة الإمارات العربية المتحدة حصرياً بالفصل في مثل هذا النزاع والحكم عليه

#### المعلومات والأسئلة

يجب على أعضاء الفريق الطبي الإجابة على المريض / ولي الأمر

استبدل أسئلة مانح الموافقة بطريقة بسيطة وسهلة الفهم وموضوعية ، دون مبالغة / أو وعود. والهدف من ذلك هو تزويدهم بمعلومات كافية عن جميع جوانب المرض والتدابير التشخيصية والعلاجات ، بالإضافة إلى أي آثار جانبية ومضاعفات معتادة. يجب أن يكون هذا: واضحاً وعلمياً وسهل الفهم وكافياً لمساعدته في اتخاذ القرارات. يجب ألا تحتوي هذه المعلومات على أي وعود أو توقعات

#### لغة

يجب أن تكون هناك لغة مشتركة بين المريض / الأوصياء أو مانحي الموافقة البديل والطبيب من أجل فهم محتوى الإعلان. يمكن الاستعانة ب مترجم ، إذا لزم الأمر ، يجب عليه أيضاً التوقيع على الإعلان.