

GENERAL CONSENT FOR TREATMENT

اقرار عام بقبول العلاجات و الإجراءات التشخيصية

- I am asking for medical care and treatment at Trust Fertility Clinic and agree to accept services which will diagnose my medical condition and procedures of assisted reproductive technology to treat my condition.
- I understand that these services will be provided to me by healthcare professionals.
- 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 blood drawing, physical examination, administration of medication(s), ultrasounds, 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 center nor the attending medical team can or are allowed to give any guarantee or confirmation of the outcomes.
- I am aware that Trust Fertility Clinic is obliged to share my medical information, or to release all or part of my medical information to Health Authorities for any mandatory reporting as maybe necessary.
- I understand that my agreement to accept these services will remain in effect unless I say that I no longer want these services.
- I consent to the sharing of my patient information via the Abu Dhabi Health Information Exchange (ADHIE), which will enable healthcare facilities in the Emirate of Abu Dhabi (and their relevant healthcare professionals and other authorized users) to send and receive my patient information to each other, but only if recipient health care facilities provide me with clinical care. I understand the sharing and use of my patient information (which includes both new and past information) is controlled in accordance with Department of Health - Abu Dhabi policies and all other applicable laws.
- I assume full responsibility for all items of personal property, including but not limited to eyeglasses, hearing aids, dentures, jewelry, money mobile phone and all other valuables during my stay at the premises of Trust Fertility Clinic.

- أنا أطلب الرعاية الطبية والعلاج في عيادة ترست للإخصاب. وأوافق على قبول الخدمات التي ستشخص حالتني الطبية وإجراءات تقنيات المساعدة على الإنجاب لعلاج حالتني.
- أفهم أن هذه الخدمات سيتم توفيرها لي من قبل المتخصصين في الرعاية الصحية.
- أفهم أن موافقتي على قبول هذه الخدمات تُسمى الموافقة العامة، وأنها تشمل أي إجراء أو علاج روتيني مثل سحب الدم، والفحص البدني، وإعطاء الأدوية، والأشعة الصوتية، واستخدام التخدير الموضعي، وغيرها من الإجراءات غير الجراحية.
- أقر أيضًا بأن بيانات مختلفة قد تكون مطلوبة لبعض الإجراءات التشخيصية والجراحية المحددة.
- أعترف كذلك أن نتائج العلاجات الطبية والإجراءات الجراحية قد لا يمكن التنبؤ بها بشكل كافٍ. لا يمكن لمركز ترست، أو الفريق الطبي المعالج تقديم أي ضمان أو تأكيد للنتائج.
- أنا على علم بأن عيادة ترست. ملزمة بمشاركة معلوماتي الطبية، أو بإصدار كل أو جزء من معلوماتي الطبية إلى السلطات الصحية لأغراض الإبلاغ الإلزامي إذا لزم الأمر.
- أفهم أن موافقتي على قبول هذه الخدمات ستظل سارية المفعول ما لم أقول إنني لا أريد هذه الخدمات بعد الآن.
- أوافق على مشاركة معلوماتي كأحد المرضى عبر تبادل المعلومات الصحية في أبوظبي (ADHIE)، مما يمكن المنشآت الصحية في إمارة أبوظبي (ومهنيي الرعاية الصحية المعنيين والمستخدمين المصرح لهم) من إرسال واستقبال معلوماتي كأحد المرضى من بعضهم البعض، ولكن فقط إذا كانت المنشآت الصحية المستقبلية تقدم لي الرعاية السريرية. أفهم أن مشاركة واستخدام معلوماتي كأحد المرضى (التي تشمل كل من المعلومات الجديدة والقديمة) تخضع للسيطرة وفقاً لسياسات دائرة الصحة - أبوظبي وجميع القوانين الأخرى المعمول بها.
- أتحمل المسؤولية الكاملة عن جميع ممتلكاتي الشخصية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر النظارات، وأجهزة السمع، وأطقم الأسنان، والمجوهرات، والنقود، والهاتف المحمول وجميع الأشياء الثمينة الأخرى أثناء إقامتي في عيادة ترست.

I accept responsibility for all charges if I don't have insurance cover and those which are not paid by my insurance.
I have been informed about my rights & responsibilities as a patient at Trust Fertility Clinic.

أقبل المسؤولية عن جميع الرسوم إذا لم يكن لدي تأمين يغطيها وتلك التي لا تدفعها تأميني.
لقد تم إخباري عن حقوقي ومسؤولياتي كأحد المرضى في عيادة ترست.

Third Party Payers Disclosure

الطرف الثالث المكلف عن الدفع

- I, the undersigned, do hereby authorize the Third-Party Payers to:
- Have access to and take copies of all my files and records at any time relating to any health care services provided to me for services rendered under my insurance card.
- Disclose my personal information and information related to my medical files and records to other parties for reasons related to insurance including but not limited to the processing of my medical claims, research/ statistical purposes or to prevent/ control fraudulent or improper claims.
- Consult with and/or require me to attend a second opinion consultation or case management review regarding the coverage of certain benefits as per my health insurance coverage.
- Third Party Payers will ensure the confidentiality of all information it receives in relation to this consent as required by the UAE law.

- أنا، الموقع أدناه، أفوض الجهات الخارجية المكلفة بالدفع للقيام بما يلي:
- التمكن من الحصول على جميع ملفاتي وأخذ نسخ منها وتسجيلها في أي وقت فيما يتعلق بأي خدمات رعاية صحية مقدمة بموجب بطاقة التأمين الخاصة بي.
- الإفصاح عن معلوماتي الشخصية والمعلومات المتعلقة بملفاتي وسجلاتي الطبية لأطراف أخرى لأسباب تتعلق بالتأمين، بما في ذلك معالجة أي مطالبات طبية أو لأغراض بحثية أو إحصائية، أو للسيطرة على الدعوى الاحتمالية أو غير اللائقة.
- استشارتي أو الزامي بالحضور من أجل استشارة رأي ثان أو مراجعة إدارة الحالة فيما يتعلق بتغطية بعض المزايا وفقاً لتغطية التأمين الصحي الخاص بي.
- ستضمن الجهات الخارجية المكلفة بالدفع / الطرف الثالث سرية جميع المعلومات التي تتلقاها فيما يتعلق بهذه الموافقة وفقاً لقوانين دولة الإمارات العربية المتحدة.

Husband's Signature

توقيع الزوج

Date

التاريخ

Wife's Signature

توقيع الزوجة

Date

التاريخ

- In case of refusal please fill in the specific refusal form.
- The back of this page is an integral part of this declaration.

- في حالة الرفض يرجى ملء نموذج الرفض المحدد.
- الجزء الخلفي من هذه الصفحة جزء لا يتجزأ من هذا الإعلان.

GUARDIAN/SUBSTITUTE CONSENT GIVER

إقرار نائب المريض أو ولي الأمر

If the patient is a minor (under 18 years of age) or cannot consent for himself/herself, the signature of the parents, 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 _____ and I have been
asked, in the best interests of the patient, to sign this
declaration and consent required by the center as the
patient is incompetent to do so.

إذا كان المريض قاصراً (تحت سن 18 عاماً) أو لا يستطيع التوقيع بنفسه/ بنفسها، يجب الحصول على توقيع الوالدين أو الوصي القانوني أو مانح الموافقة البديل الذي يتصرف نيابة عن المريض، أو من أقرب درجة قرابة للمريض الذي يوافق على علاج المريض.

أقر أنا _____
الجنسية _____، أبلغ من العمر _____ سنة، وأحمل بطاقة
هوية رقم _____، نوع _____، بموجب هذا النموذج أنني الوصي/
مانح الموافقة البديل عن المريض بصفتي
_____، وقد طلب مني، لما فيه مصلحة
المريض، التوقيع على هذا الإقرار وتقديم الموافقة المطلوبة من قبل المركز
نظراً لأن المريض غير قادر على القيام بذلك.

Name of Guardian/Substitute Consent Giver

اسم ولي امر/ نائب المريض

Signature

التوقيع

Date

التاريخ

اسم الشاهد

التوقيع
تاريخ

أنا

موظف في عيادة ترست للاخصاب و لست الطبيب المعالج
اشهد ان المريض وقع طوعيا على هذا الاقرار

Name of witness

Signature

Date

I am a Trust Fertility Clinic employee who is not the patient's physician, and I have witnessed the patient voluntarily sign this form.

المترجم / الوسيط في حالة الحاجة له

اسم المترجم أو الوسيط
التوقيع
تاريخ

بحسب معرفتي المريض فهم المعلومات المترجمة له
ووقع طوعيا على هذا الإقرار

TRANSLATOR / INTERPRETER (IF Needed)

To the best of my knowledge, the patient understood the information translated to him and voluntarily signed this declaration

Name , title of interpreter /translator

Signature

Date

- Patient guardian or substitute consent giver must meet the following legal criteria: Shall be 18 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 and write properly, otherwise may be assisted by another person who explains the contents and signs the declaration with him/her as witness. Both males and females are considered equal in consenting
- Definition of the Guardian: An adult relative who has had substantial involvement with the patient in the preceding 12 months. The sequence of priorities is father, mother, brother, sister, uncle (from father's side and then from mother's side), 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, a friend may sign on his/her behalf that has familiarity with the patient's presumed wishes regarding medical care
- 1.Exemptions: 1. An unconscious/incompetent or emergency patient who has no guardian or substitute consent giver at the time shall be exempted from giving consent. 2.Only the procedures involving reproductivity in female patient require informed consent of the husband regardless of her age.
- 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 making 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 physicians to understand content of the declaration, a translator may be used, if necessary, who must also sign the declaration.
- Only the UAE law 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 a dispute.

- يجب أن يفهم المريض أو مانح البديل للموافقة للمعايير القانونية التالية: يجب أن يكون 18 عامًا أو أكثر. يحق للأب أو الأم التوقيع نيابة عن ابنهما أو ابنتهما بغض النظر عن عمرهما. يجب أن يكون عاقلًا وسليم البدن، قادرًا على فهم محتوى الإقرار وتوقيعه، ويجب أن يكون قادرًا على القراءة والكتابة بشكل صحيح، وإلا يمكن أن يساعد شخص آخر يشرح له المحتوى ويوقع الإقرار معه كشاهد. يُعتبر الذكور والإناث متساوين في منح الموافقة.
- تعريف الوصي: هو قريب بالغ له مشاركة كبيرة مع المريض خلال الـ 12 شهرًا الماضية. ترتيب الأولويات هو الأب، الأم، الأخ، الأخت، العم (من جهة الأب ثم من جهة الأم)، الجد، الجدة، الأقارب أو أي والدين للزوج. يحل الزوج محل الأب والأقارب الذين يليه.
- تعريف مانح البديل للموافقة: إذا لم يكن للمريض أقارب يقيمون في الإمارات العربية المتحدة، يمكن لصديق لديه معرفة برغبات المريض المتعلقة بالرعاية الصحية أن يوقع نيابة عنه/عنها.
- الإعفاءات: 1. يُعفى المريض غير الواعي أو غير الكفء أو المريض في حالة الطوارئ الذي لا يوجد لديه وصي أو مانح بديل للموافقة في ذلك الوقت من منح الموافقة. 2. تتطلب الإجراءات المتعلقة بالإنجاب في المرضى الإناث فقط موافقة الزوج بغض النظر عن عمرها.
- المعلومات والأسئلة: يجب على أعضاء الفريق الطبي الإجابة على أسئلة المريض أو الوصي أو مانح البديل للموافقة بطريقة بسيطة وسهلة الفهم وموضوعية، دون مبالغة أو وعود. الهدف هو تزويدهم بما يكفي من المعلومات حول جميع جوانب المرض، ووسائل التشخيص والعلاج، فضلاً عن أي آثار جانبية ومضاعفات معتادة. يجب أن تكون هذه المعلومات واضحة وعلمية وسهلة الفهم، كافية لمساعدتهم في اتخاذ القرارات. لا ينبغي أن تحتوي هذه المعلومات على أي وعود أو توقعات.
- اللغة: يجب أن تكون هناك لغة مشتركة بين المريض والوصي أو مانح البديل للموافقة والأطباء لفهم محتوى الإقرار، ويمكن استخدام مترجم إذا لزم الأمر، والذي يجب أن يوقع أيضاً على الإقرار.
- تطبيق قوانين دولة الإمارات العربية المتحدة فقط على أي نزاع قد ينشأ بشأن علاج المريض أو التعامل معه. وتكون المحاكم الإماراتية مختصة حصرياً في الفصل في مثل هذا النزاع.