

Consent For Release Of Medical Information الموافقة على الإفصاح عن المعلومات الطبية								
Patient Name اسم المريض	:	Vision Test Patient		Emirates ID هوية الإمارات	:	784-6987-5266587-7		
File No رقم الملف	:	2	DOB تاريخ الميلاد	:	2020-06-17	Nationality جنسية	:	Indian
Gender جنس	:	Female	Doctor's Name اسم الطبيب	:	Alan Alfred	Date تاريخ	:	2023-11-27

I, the Undersigned, do hereby authorise the National Health Insurance Company - Daman to have access to and take copies of my medical records at any Hospital, Clinic or Medical Provider or any Insurance Company.

The National Health Insurance Company - Daman will ensure the confidentiality of any information it receives in relation to this consent as required by the Law.

أنا الموقع أدناه أفوض الشركة الوطنية للتأمين الصحي - ضمان بالوصول إلى سجلاتي الطبية وأخذ نسخ منها في أي مستشفى أو عيادة أو مقدم خدمة طبية أو أي شركة تأمين.

ستضمن شركة التأمين الصحي الوطنية - ضمان سرية أي معلومات تتلقاها فيما يتعلق بهذه الموافقة وفقاً لما يقتضيه القانون.

Name	Vision Test Patient	اسم
Parent/Guardian/Attorney of:	111	الوالد/ الوصي/ المحامي:
Medical Record No.:	2	رقم السجل الطبي:
Daman/Thiqa Card No.:		رقم بطاقة ضمان/ثقة:
Mobile Number.:	971569874589	رقم الهاتف المحمول:
Date:	2023-11-27	تاريخ: