

National Health Insurance Company - Daman P.O. Box 128888 Abu Dhabi, UAE Phone: +971 2 6149555 Fax: +971 2 6149775	Medical Consent Form	Daman ضمان
--	----------------------	------------

Consent For Release Of Medical Information الموافقة على الإفصاح عن المعلومات الطبية

Patient Name اسم المريض	:	Reshma Siya	Emirates ID هوية الإمارات	:	784-6478-3648736-8
File No رقم الملف	:	4	DOB تاريخ الميلاد	:	1995-05-21
Nationality جنسية	:	Other	Date تاريخ	:	2024-03-02
Gender جنس	:	Female	Doctor's Name اسم الطبيب	:	Alan Alfred

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 أؤوض 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	Reshma Siya	اسم
Parent/Guardian/Attorney of:	fghgfhgf	الوالد/ الوصي/ المحامي:
Medical Record No.:	4	رقم السجل الطبي:
Daman/Thiqa Card No.:		رقم بطاقة ضمان/ثقة:
Mobile Number.:	971522058819	رقم الهاتف المحمول:
Date:	2024-03-02	تاريخ: