


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

Consent For Release Of Medical Information

الموافقة على الإفصاح عن المعلومات الطبية

| | | | | | | | | |
|----------------------------|---|---------------|-----------------------------|---|------------------------------|----------------------|--------------------|------------|
| Patient Name اسم المريض | : | Aswathi Vipin | | | Emirates ID هوية الإمارات | : | 784-2543-5254612-1 | |
| File No رقم الملف | : | 1 | DOB تاريخ الميلاد | : | 1991-11-21 | 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 | Aswathi Vipin | اسم |
| Parent/Guardian/Attorney of: | 1 | الوالد/ الوصي/ المحامي: |
| Medical Record No.: | 1 | رقم السجل الطبي: |
| Daman/Thiqa Card No.: | | رقم بطاقة ضمان/ثقة: |
| Mobile Number.: | 971522058818 | رقم الهاتف المحمول: |
| Date: | 2023-11-27 | تاريخ: |