



Your **THEKNOWHOW**, Patient Consent Form

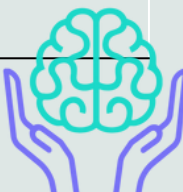
| | |
|--|--|
| Patient Name * اسم المريض: | |
| Patient Age *: عمر المريض: | |
| Gender *: الجنس: | |
| Patient's Phone Number*: رقم الهاتف المحمول: | |

We care about your privacy and the privacy of your family members. We need your consent to collect and process your health and other data. A parent or guardian should complete the consent for any member that is under the legal age of the respective jurisdiction to provide this consent.

نحن نهتم بخصوصيتك وخصوصية أفراد عائلتك، ونحتاج إلى موافقتك لجمع ومعالجة بياناتك الصحية وأي بيانات أخرى ذات صلة. يتعين على أحد الوالدين أو الوصي إكمال عملية الموافقة للأولي فرد تحت السن. القانوني المعترف به في الولاية القضائية المعنية، بهدف تقديم هذه الموافقة

1.The purpose of this consent form is to ensure that TheKnowHow and its group companies (“Company”) have permission to help you procure an independent second medical opinion to you, as well as obtain confirmation relating to other matters such as use of your medical information, and payment for services we provide (“Second Medical Opinion”).

الغرض من نموذج الموافقة هذا هو ضمان أن شركة TheKnowHow والشركات التابعة لها ("الشركة") لديها إذن لمساعدتك في الحصول على رأي طبي ثانٍ مستقل، بالإضافة إلى الحصول على تأكيد يتعلق بأمور أخرى مثل استخدام معلوماتك الطبية، ودفع تكاليف الخدمات التي نقدمها ("الرأي الطبي الثاني").





Your **THEKNOWHOW**, Patient Consent Form

| | |
|--|---|
| <p>2.You will be asked to execute this form and once you do, it will be effective for all future visits by you to this Company's service, either directly in person or through virtual communication.</p> | <p>سيطلب منك توقيع هذا النموذج، وبمجرد القيام بذلك، سيكون ساري المفعول لجميع زيارتك المستقبلية لخدمات هذه الشركة، سواء كانت بشكل مباشر شخصيًا أو عبر التواصل الافتراضي</p> |
| <p>3.Consent remains valid unless: (a) there is a change of legal guardian, (b) updates to additional disclosure information to this form are requested and (c) a minor reaches adult age.</p> | <p>تظل الموافقة سارية المفعول ما لم: (أ) يحدث تغيير في الوصي القانوني، (ب) يتم طلب تحديثات لمعلومات الكشف الإضافية الواردة في هذا النموذج، و(ج) يبلغ القاصر السن القانوني.</p> |
| <p>4.I understand that the information contained in the Second Medical Opinion report shall not be used to substitute for my physician's recommendations. The Second Medical Opinion report provided by the Company should be reviewed with my own doctors, who are responsible for my treatment for guidance on appropriate next steps.</p> | <p>أفهم أن المعلومات الواردة في تقرير الرأي الطبي الثاني لا يجب استخدامها كبديل لتوصيات طبيبي. يجب مراجعة تقرير الرأي الطبي الثاني المقدم من الشركة مع أطبائي الشخصيين المسؤولين عن علاجي للحصول على التوجيه بشأن الخطوات المناسبة التالية.</p> |
| <p>5.Insurance: the Company to bill the medical expenses for my independent second opinion to an insurance company or other payer, if I am insured, provided I have appropriate insurance cover for the same.</p> | <p>التأمين: تقوم الشركة بفاتورة النفقات الطبية المتعلقة برأيي الطبي الثاني المستقل لشركة التأمين أو أي جهة دافعة أخرى، إذا كنت مؤمنًا، شريطة أن يكون لدي تغطية تأمينية مناسبة لذلك.</p> |
| <p>6.Responsibility for Payment: payment by me of all charges and expenses arising from my independent second opinion if I am not insured or to the extent that such expenses are not covered by insurance.</p> | <p>مسؤولية الدفع: أتعهد بدفع جميع الرسوم والنفقات الناجمة عن رأيي الطبي الثاني المستقل إذا لم أكن مؤمنًا أو إذا لم تكن هذه النفقات مغطاة بالكامل من قبل التأمين.</p> |





Your **THEKNOWHOW**, Patient Consent Form

7.ADHIE: I consent to the sharing of my patient information via the Abu Dhabi Health Information Exchange, 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, but only if those healthcare facilities are providing me with clinical care as part of my treatment. I understand the sharing and use of my patient information (which includes both new and past information) is restricted in accordance with Department of Health – Abu Dhabi policies and all other applicable laws.

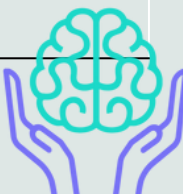
منصة تبادل المعلومات الصحية بأبوظبي (ADHIE): أوافق على مشاركة معلوماتي الصحية عبر منصة تبادل المعلومات الصحية بأبوظبي، مما سيمكن المنشآت الصحية في إمارة أبوظبي (والمهنيين الصحيين المعنيين والمستخدمين المخولين الآخرين) من إرسال واستقبال معلوماتي الصحية، ولكن فقط إذا كانت تلك المنشآت تقدم لي رعاية طبية كجزء من علاجي. أفهم أن مشاركة واستخدام معلوماتي الصحية (بما في ذلك المعلومات الجديدة والسابقة) يتم تقييدها وفقاً لسياسات دائرة الصحة – أبوظبي وجميع القوانين الأخرى المعمول بها.

8.That I have disclosed all necessary information without any pressure and hereby give my consent to the Company for procuring the Second Medical Opinion report for me.

أقر بأنني قد أفصحت عن جميع المعلومات اللازمة دون أي ضغط، وأمنح بموجب ذلك موافقتي للشركة للحصول على تقرير الرأي الطبي الثاني نيابةً عني.

9.The Second Medical Opinion will be provided by a third-party supplier of the Company based on the medical history, data and information provided and previous diagnosis provided by the patient's treating doctors and reported by the member/ patient. Without the required medical information and first diagnosis, it is not possible to arrange a Second Medical Opinion.

سيتم تقديم الرأي الطبي الثاني من قبل مورد خارجي تابع للشركة، بناءً على السجل الطبي، والبيانات، والمعلومات المقدمة، والتشخيص السابق المقدم من أطباء المريض المعالجين والذي أبلغه العضو/المريض. دون توفر المعلومات الطبية المطلوبة والتشخيص الأول، لا يمكن ترتيب الرأي الطبي الثاني.





Your **THEKNOWHOW**, Patient Consent Form

10. The physician rendering the Second Medical Opinion report will not have the benefit of examining you in person, the ability to order additional tests, or have any information beyond what you provide. Since the medical experts will not personally examine you or order additional tests, it is not a medical diagnosis.

الطبيب الذي يقدم تقرير الرأي الطبي الثاني لن تتاح له فرصة فحصك شخصيًا، أو طلب اختبارات إضافية، أو الحصول على أي معلومات تتجاوز ما تقدمه. ونظرًا لأن الخبراء الطبيين لن يفحصوك شخصيًا أو يطلبوا اختبارات إضافية، فإن ذلك لا يُعتبر تشخيصًا طبيًا.

11. The Second Medical Opinion report is not applicable to cases of first aid, accidents and ICU related critical illness. No prescription will be provided.

تقرير الرأي الطبي الثاني غير قابل للتطبيق في حالات الإسعافات الأولية، الحوادث، والأمراض الحرجة المتعلقة بوحدة العناية المركزة. لن يتم توفير أي وصفة طبية.



I acknowledge and accept TheKnowHow's [Term of Use](#) including the processing of my



أقر وأوافق على شروط الاستخدام الخاصة بـ TheKnowHow بما في ذلك معالجة معلوماتي الشخصية.

PATIENT SIGNATURE :

توقيع المريض:

Date :

تاريخ :

Location :

الموقع:





Your **THEKNOWHOW**, Patient Consent Form

LEGAL REPRESENTATIVE:

If patient is unable to or does not have legal capacity to sign form e.g. patient is under 18 years of age. I am the legal representative of the patient and I have read and understand the information provided to me on this consent form.

توقيع الممثل القانوني:

إذا كان المريض غير قادر أو لا يتمتع بالأهلية القانونية للتوقيع على الاستمارة مثل أن يكون المريض أقل من 18 عاماً. أنا الممثل القانوني للمريض وقد قرأت وفهمت المعلومات المقدمة لي في نموذج الموافقة هذا.

Reason Patient Unable to Sign :

سبب عدم قدرة المريض على التوقيع:

Legal Representative Name:

اسم الممثل القانوني:

Relationship to Patient :

العلاقة بالمريض:

Legal Representative Signature :

توقيع الممثل القانوني:

Location :

التاريخ:

Date :

الموقع:

