Consent to share health information

الموافقة على مشاركة المعلومات الصحية

medicAI is a technology platform and is not a healthcare provider. This consent is between you and the treating doctor and facility named below, who are responsible for your care and its outcome. Consent does not remove their responsibility. This is a template: the facility may use its own form instead.

ميديك إيه آي منصة تقنية وليست جهة مقدمة للرعاية الصحية. هذه الموافقة بينك وبين الطبيب المعالج والمنشأة المذكورين أدناه، وهما المسؤولان عن رعايتك ونتائجها. ولا تعفيهما الموافقة من مسؤوليتهما. هذا نموذج استرشادي، ويجوز للمنشأة استخدام نموذجها الخاص بدلاً منه.

Details

البيانات

Patient full name — اسم المريض الكامل

Patient ID or file no. — رقم المريض أو الملف

Age — العمر

Gender — الجنس

Treating facility — المنشأة المعالجة

Facility licence no. (DHA, DoH or other) — رقم ترخيص المنشأة

Treating doctor or professional — الطبيب أو المختص المعالج

Licence no. — رقم الترخيص

Part I: Information

الجزء الأول: المعلومات

What will be shared, and with whom

Write the information to be shared, who holds it, who will receive it and why. Share only what is needed.

ما سيتم مشاركته ومع من

اكتب المعلومات المطلوب مشاركتها والجهة التي تحتفظ بها والجهة التي ستتلقاها وسبب ذلك. ولا تشارك إلا ما يلزم.

How long this consent lasts

This consent ends on the date you write below, or when the purpose has been met, whichever comes first.

مدة صلاحية هذه الموافقة

تنتهي هذه الموافقة في التاريخ الذي تكتبه أدناه أو عند تحقق الغرض منها، أيهما أسبق.

Your rights

You do not have to agree. You may withdraw at any time, but this does not undo what has already been shared. The person who receives your information is responsible for how they use it.

حقوقك

لست ملزماً بالموافقة. ويحق لك الانسحاب في أي وقت، لكن ذلك لا يلغي ما تمت مشاركته بالفعل. ويكون متلقي معلوماتك مسؤولاً عن كيفية استخدامها.

Part II: Certificate of consent

الجزء الثاني: شهادة الموافقة

I consent voluntarily to the information above being shared for the purpose I have written. I understand that I can withdraw this consent at any time.

أوافق طوعاً على مشاركة المعلومات المذكورة أعلاه للغرض الذي كتبته. وأدرك أن لي الحق في سحب هذه الموافقة في أي وقت.

Patient

المريض

Full name (as on passport or Emirates ID)

الاسم الكامل (كما في جواز السفر أو الهوية)

Signature

التوقيع

Date and time

التاريخ والوقت

Witness or interpreter

الشاهد أو المترجم

I read this form to the person signing, or saw it read accurately. They could ask questions and gave consent freely.

قرأت هذا النموذج على الموقّع أو شهدت قراءته بدقة. وأتيحت له فرصة طرح الأسئلة وأعطى موافقته بحرية.

Name

الاسم

Signature

التوقيع

Date

التاريخ