

RELEASE OF MEDICAL INFORMATION REQUEST/ AUTHORISATION FORM

I (Patient Name) _____ MRN _____ Date of Birth _____

Contact no. _____ authorise Mediclinic Parkview Hospital to release information to

(Name of person or organisation if different from above named patient)

Contact no. _____ Address _____

The release of medical information shall be done via:

Mail In person Email _____ Fax _____ Other _____

**Reports will only be released in English. Please ensure completion of all fields. Submission of incomplete forms will result in a delay of issuance of medical information.*

Date of visit to Mediclinic Parkview Hospital

Doctor's name

Type of information to be released (please check all that apply)

Laboratory reports

Please specify _____

Radiology reports (x-ray, ultra sound, CT, MRI reports)

Please specify _____

Other

Please specify _____

Discharge summary (Maximum three working days)

Regular medical report (Maximum five working days)
(You will be charged Dhs 100/- for written medical report)

Please specify _____

Comprehensive medical report (Maximum five working days)
(You will be charged Dhs 430/- for written medical report)

Please specify _____

I understand that I may revoke this authorisation at any time by written notification to Mediclinic Parkview Hospital following this date, except for the information which may have been released prior to the revocation. This consent form will be effective for one year from date of signature.

Signature

Patient or person giving consent (name printed)

Date

The signature is of the

Patient Parent of minor Legal guardian Patient's next of kin

Person authorised by patient _____

Relationship to patient, if any _____

- Complete and sign the form then hand it over in main reception or email it to MPAR.inforelease@mediclinic.ae
- Medical record department staff will call and inform you once the report is ready and if any delay in process
- For further clarification - contact the Medical Records Department, T +971 4 416 8866 or e-mail to MPAR.inforelease@mediclinic.ae

Mediclinic Parkview Hospital has no obligation/responsibility for the reports given to the authorised person



نموذج تصريح/طلب الإفصاح عن معلومات طبية

أقر أنا (اسم المريض) _____ سجل طبي رقم _____ تاريخ الميلاد _____
رقم الاتصال _____ بأني أصرح لميديكلينيك مستشفى بارك فيو بالإفصاح عن المعلومات إلى

(اسم الشخص أو المنظمة إذا كان مختلفاً عن المريض المذكور اسمه أعلاه)

رقم الاتصال _____ العنوان _____
ويتم الإفصاح عن المعلومات الطبية من خلال:
 البريد شخصياً البريد الإلكتروني الفاكس طريقة أخرى _____

تُصدر التقارير باللغة الإنجليزية فقط. يرجى التأكد من تعبئة جميع المعلومات. فقد يؤدي تقديم نماذج غير كاملة أو غير معبئة بشكل كامل إلى تأخير إصدار المعلومات الطبية.

اسم الطبيب	تاريخ زيارة ميديكلينيك مستشفى بارك فيو
_____	_____
_____	_____
_____	_____

نوع المعلومات المراد الإفصاح عنها (يرجى تحديد جميع ما ينطبق)

<input type="checkbox"/> ملخص الخروج من المستشفى (ثلاثة أيام عمل على الأكثر)	<input type="checkbox"/> تقارير المختبرات
<input type="checkbox"/> تقرير طبي اعتيادي (خمسة أيام عمل على الأكثر) (سوف تحتسب عليك رسوم بقيمة ١٠٠ درهم نظير التقرير الطبي الكتابي)	<input type="checkbox"/> يرجى التحديد
<input type="checkbox"/> يرجى التحديد	<input type="checkbox"/> تقارير الفحوص الإشعاعية (تقارير فحوص الأشعة السينية، والموجات فوق الصوتية والأشعة المقطعية والتصوير بالرنين المغناطيسي)
_____	<input type="checkbox"/> يرجى التحديد
<input type="checkbox"/> تقرير طبي شامل (خمسة أيام عمل على الأكثر) (سوف تحتسب عليك رسوم بقيمة ٤٣٠ درهمًا نظير التقرير الطبي الكتابي)	<input type="checkbox"/> أخرى
<input type="checkbox"/> يرجى التحديد	<input type="checkbox"/> يرجى التحديد
_____	_____

أدرك أنه يجوز لي سحب هذا التصريح في أي وقت عن طريق تقديم إشعار إلى ميديكلينيك مستشفى بارك فيو بعد هذا التاريخ، باستثناء المعلومات التي تم الإفصاح عنها قبل سحب التصريح. وسوف يسري نموذج الموافقة هذا لمدة سنة واحدة من تاريخ التوقيع.

التوقيع	التاريخ
المريض أو الشخص المصرح له بالموافقة (كتابة الاسم بأحرف واضحة)	_____

التوقيع هو توقيع

<input type="checkbox"/> المريض	<input type="checkbox"/> والد طفل قاصر	<input type="checkbox"/> الوصي القانوني	<input type="checkbox"/> أقرب أقرباء المريض
---------------------------------	--	---	---

الشخص المصرح له من جانب المريض _____
العلاقة بالمريض، إن وجدت _____

• يرجى تعبئة هذا النموذج والتوقيع عليه ثم تسليمه في مكتب الاستقبال الرئيسي أو عبر البريد الإلكتروني على: MPAR.inforelease@mediclinic.ae
• سوف يتصل بك موظف إدارة السجلات الطبية ويخبرك بمجرد أن يصبح التقرير جاهزاً وينبهك في حال وجود أي تأخير في الإجراءات.
• لمزيد من التوضيحات - يرجى الاتصال بإدارة السجلات الطبية على رقم ٤١٦ ٨٦٦ ٩٧١ + أو عبر البريد الإلكتروني على: MPAR.inforelease@mediclinic.ae

لا تتحمل ميديكلينيك مستشفى بارك فيو أي التزام/مسؤولية عن التقارير المقدمة إلى الشخص المصرح له