



## Nisa Well Woman Clinic FZ- LLC, Dubai

<b>Patient Name:</b>		أسم المريض :
<b>Date of Birth:</b>		تاريخ الميلاد :
<b>Gender:</b>	<input type="checkbox"/> M ذكر <input type="checkbox"/> F أنثى	الجنس :
<b>Nationality:</b>		الجنسية :
<b>Marital Status:</b>	<input type="checkbox"/> Single أعزب   عزباء <input type="checkbox"/> Married متزوج   متزوجة <input type="checkbox"/> Divorced مطلق   مطلقة	الحالة العائلية :
<b>Mobile:</b>		الجوال :
<b>Telephone:</b>	Home - المنزل - Office - العمل -	الهاتف :
<b>Fax:</b>		الفاكس :
<b>Email:</b>		البريد الإلكتروني :
<b>Post Box:</b>		ص.البريد :
<b>City – Country:</b>		المدينة – الدولة :
<b>How would you like to receive your medical reports?</b>	<input type="checkbox"/> Email: الفاكس : <input type="checkbox"/> Fax: البريد الإلكتروني : <input type="checkbox"/> PO Box: ص.البريد :	طريقة استقبال التقارير الطبية ؟
<b>Insurance Co:</b>		شركة التأمين :
<b>Referral / Sponsor</b>		المرجع – المؤسسة :
<b>How did you know about our hospital?</b>	<input type="checkbox"/> Website <input type="checkbox"/> Magazines <input type="checkbox"/> Word of Mouth <input type="checkbox"/> Others <input type="checkbox"/> الأخرى <input type="checkbox"/> المجلات <input type="checkbox"/> مريض سابق <input type="checkbox"/> الأنترنت	كيف تعرفت علينا ؟
<b>NEXT OF KIN DETAILS:</b>		بيانات المرافقين – الراشدين :
<b>Name:</b>		الأسم :
<b>Relation:</b>		العلاقة :
<b>Address:</b>		العنوان :
<b>Telephone:</b>		الهاتف :
<b>Kindly note the following about the insurance:</b> Direct settlement for outpatient treatment may be restricted to certain groups. Prior authorization may be required for some tests or procedures.  I hereby certify that all of the above is correct.		لطفًا انتبه لهذه الملاحظات فيما يتعلق بشركات التأمين : قبول المرضى تحت منصة التأمين قد يقتصر على مجموعات محددة وذلك حسب الاتفاق مع شركة التأمين. كما أن بعض الفحوصات والتحليلات قد تحتاج الى موافقة مسبقة من شركة التأمين.  أتعهد أنا الموقع أدناه بأن كل ما ذكر أعلاه صحيح
<b>Signature \ .....</b>	<b>Date \ .....</b>	التوقيع \ ..... التاريخ \ .....