


Document Title General and Informed Consent		 المستشفى السعودي الألماني Saudi German Hospital Caring like family نرعاكم كأهاليينا	
Document Category / Level Group Document (GD)	Reviewed Date 07 September 2023		
Owner Department / Service / Function Patient Experience (PEX)	Effective Date 05 October 2023	Document N ^o GD-PEX-MPP-002	Version N ^o 5
Document Type / Classification Multidisciplinary Policy & Procedure (MPP)	Validity Date 04 October 2026	Applicability Saudi German Health, UAE	

1. Purpose:

- 1.1. To identify a process for obtaining consent from patients by designated staff.
- 1.2. To provide the staff with guidelines regarding the use of general and informed consent and to educate the patients and their families about the informed consent process.
- 1.3. To provide legal protection for both parties – patient and medical care providers especially on medico-legal cases.

2. Definitions and Abbreviations:

- 2.1. **Competent Person** refers to a person legally capable of consenting and mentally capable of understanding the nature of the procedure and associated risks who reached the age of consent (In UAE LAW it is 18 years of age).
- 2.2. **Consent Forms:** Consent forms are standard forms used to obtain permission from the patient/those who make decisions for the patient for medical care (see Attachments).
- 2.3. **Incompetent patient:** Is incapable due to a mental or physical condition. Not able to function properly. Not legally qualified.
- 2.4. **Informed Consent:** The process of informing a patient about a procedure or treatment so that the patient can make a voluntary, informed decision to accept or refuse to have the procedure or treatment. The patient must be fully informed and understand the information that he or she is provided before giving consent.
- 2.5. **Termination of pregnancy on medical grounds** is an induced abortion motivated by medical indications involving the fetus or mother. According to UAE law and regulations, the following elements shall be applied:
 - 2.5.1. First condition: if the pregnancy is considered as danger to the mother's life.
 - 2.5.2. Second condition: in case of any fetus abnormalities confirmed by consultants (Ob-Gyn, pediatric and radiology).
- 2.6. **Treating physician:** Is the most responsible physician (MRP), the physician who is responsible for the overall care of the patient.
- 2.7. **A&D:** Admission and Discharge
- 2.8. **AMA:** Against Medical Advice
- 2.9. **CSR:** Customer Service Representative
- 2.10. **ED:** Emergency department
- 2.11. **MRD:** Medical records department

3. Policy Statements:

- 3.1. The signing of any Saudi German Health consent forms shall be within the regulation of the United Arab Law/ MOH and DHA and shall respect the local culture and customs of the population and community.
- 3.2. It is the hospital policy to ensure that all patients undergoing operative and invasive procedures are allowed to participate in their care decisions. To allow optimum participation, all patients with planned operative/invasive procedures will be provided with adequate information related to the procedure, risks, benefits, alternatives, and potential complications. After adequate information has been provided, informed consent shall be obtained from the patient.
- 3.3. The patient has the right to withdraw the consent before the procedure is performed. The treating Physician (MRP) shall be informed immediately by the nurse of the occurrence and should be documented in the patient's file.
- 3.4. Procedures and Treatment requiring Informed Consent:
 - 3.4.1. All procedures performed in the operating room (surgery and procedure consents).
 - 3.4.2. All procedures requiring the use of moderate or deep sedation.
 - 3.4.3. Transfusion of blood and / or blood products.
 - 3.4.4. All types of anesthesia excluding local and topical anesthesia.

Document Title General and Informed Consent		 المستشفى السعودي الألماني Saudi German Hospital Caring like family نرعاكم كأهالينا	
Document Category / Level Group Document (GD)	Reviewed Date 07 September 2023		
Owner Department / Service / Function Patient Experience (PEX)	Effective Date 05 October 2023	Document N ^o GD-PEX-MPP-002	Version N ^o 5
Document Type / Classification Multidisciplinary Policy & Procedure (MPP)	Validity Date 04 October 2026	Applicability Saudi German Health, UAE	


- 3.4.5. Angioplasty, angiography, stenting and coiling.
- 3.4.6. Aspiration procedures from organs or body cavities.
- 3.4.7. Biopsy procedures (all organs and tissues except skin biopsy).
- 3.4.8. Birth control procedures and sterilization operation.
- 3.4.9. Elective cardioversion.
- 3.4.10. Elective central line insertion.
- 3.4.11. Circumcision
- 3.4.12. Cosmetic procedures including injections (e.g. botox injection, implantations, breast reduction and laser and suction).
- 3.4.13. Cystoscopy
- 3.4.14. All kinds of endoscopy.
- 3.4.15. Immunoglobulin Injections (IVig)
- 3.4.16. Lumbar punctures
- 3.4.17. Elective intubation – circumstances in ICU
- 3.4.18. Invasive monitoring devices (swan-ganz)
- 3.4.19. Invasive therapeutics (chest tubes, paracentesis)
- 3.4.20. IUCD insertion
- 3.4.21. Release of medical information and photography taking.

3.5. General consent for treatment:

- 3.5.1. General consent must be obtained when the patient is registered for the first time as an outpatient or admitted (admission consent) as an inpatient and updated whenever there are any changes.
- 3.5.2. The General Consent for treatment must be signed by each patient or his/her next of kin upon the first encounter for inpatient admissions, outpatient or Emergency Department visits)

3.6. Specific informed consent must be obtained using the appropriate consent form:

- 3.6.1. Before any invasive procedures (major or minor surgical procedures) requiring general anesthesia, procedural sedation, high-risk procedures and treatments, and before the use of blood and blood products, radioactive medications, and hazardous medications pose a safety risk, investigational medications and in case of residents are involved in any form of patient care. All available consent are listed.
- 3.6.2. High-risk consent must be obtained at the discretion of operating surgeon / most responsible physician (MRP) considering the clinical condition of the patient and the nature of the procedure.
- 3.6.3. The identity of the healthcare provider providing information and education to the patient/family shall be documented in the patients' medical record.
- 3.6.4. It is the responsibility of most responsible physician (MRP) to obtain Informed Consent prior to the procedure/treatment. This applies also to Community Based Physician (CBD) having a part-time license and is privileged to provide specific procedures/treatments.
- 3.6.5. In the event of an emergency or life-saving situation, where an surgery / invasive procedure is needed and the patient is unable to give consent and no relative, guardian, or sponsor is available – Two (2) physicians (1 MRP and another physician available from the same specialty or anesthesia physician, if second physician from same specialty is not available at that time) and the case to be confirmed by the medical director.
- 3.6.6. Nursing staff shall sign as a witness on the consent form acknowledging they have witnessed the signing, not the explanation of the procedure (informed consent).
- 3.6.7. Informed Consent for the elective procedure is valid for each episode of treatment/procedure or related activity such as:
 - 3.6.7.a. Informed Consent/ Anesthesia:

Document Title General and Informed Consent		 المستشفى السعودي الألماني Saudi German Hospital Caring like family نرعاكم كأهاليينا	
Document Category / Level Group Document (GD)	Reviewed Date 07 September 2023		
Owner Department / Service / Function Patient Experience (PEX)	Effective Date 05 October 2023	Document N ^o GD-PEX-MPP-002	Version N ^o 5
Document Type / Classification Multidisciplinary Policy & Procedure (MPP)	Validity Date 04 October 2026	Applicability Saudi German Health, UAE	


- 3.6.7.a.1. Valid from the time signed by the patient or the next of kin/legal guardian to the time of the procedures/ treatments is performed
- 3.6.7.a.2. The validity should not exceed 30 days from the date of signature if the patient condition has not changed
- 3.6.7.b. Use of blood and blood products
 - 3.6.7.b.1. Valid per episode of administering or order (maximum validity 30 days).
 - 3.6.7.b.2. For any case requiring blood transfusion, a new consent is mandatory for each episode of transfusion, except wherein a procedure is still ongoing and there is a need for Blood Transfusion, the signed consent for the procedure and the anesthesia is accepted and valid.
- 3.6.8. Chemotherapy/ Radiation Therapy/ Dialysis consents are valid for the whole course of treatment or 90 days (whichever is less) unless there is a change in the plan of treatment due to change in patient's condition on reassessment.
- 3.7. Consent shall be signed by a competent person (either a patient or next of kin) and filed in the patients' medical record.
- 3.8. In case the patient is incompetent, minor (under the age of 18 years), or unable to give the consent, the priority of obtaining the consent from the Authorized Representative/ next of kin should be from the relatives up to the fourth degree, as below:
 - 3.8.1. If the patient is a married female, husband consent is prior to the father.
 - 3.8.2. Mother can consent for her children in emergency cases when the father is not present.
 - 3.8.3. For minors of divorced parents, the parent who has the custody is the appropriate person to give consent. However, the other parent has the right to receive information regarding the child's medical condition and/or procedure/treatment.
 - 3.8.4. If the patient does not have any relative available in the country, the legal guardian/sponsor can be the next of kin
 - 3.8.5. Document the kinship's signature with the patient in the consent form.
- 3.9. Married female may sign her own informed consent except procedures/treatments related to reproductive health such as tubal ligation, hysterectomy, termination of pregnancy, infertility treatment, etc. the following must be followed:
 - 3.9.1. For elective surgery / procedure: wife, husband, and decision from three (3) physicians (the most responsible physician, another physician from same specialty, and the medical director).
 - 3.9.2. For emergency / life-saving situation if husband is present: wife, husband, and decision from three (3) physicians (the most responsible physician, another physician from same specialty, and the anesthesia physician).
 - 3.9.3. For emergency / life-saving situation if husband is not present: wife along with decision from three (3) physicians (the most responsible physician, another physician from same specialty, and the anesthesia physician) and the husband to be informed by most responsible physician.
- 3.10. Married female may sign her own informed consent except procedures/treatments related to the termination of pregnancy on medical grounds, the following must be followed:
 - 3.10.1. Wife, husband, and decision from three (3) consultant physicians (Ob-Gyne, pediatric and radiology).
 - 3.10.2. The pregnancy doesn't exceed 120 days at the time of procedure.
- 3.11. The consent shall not be taken when the patient is sedated or premeditated.
- 3.12. In case of an emergency situation, and the patient is incompetent to sign the consent, he/she will be treated, otherwise for not a life-threatening case, the procedure shall not be done till the availability of consenting person as mentioned in 2.5.

Document Title General and Informed Consent		 المستشفى السعودي الألماني Saudi German Hospital Caring like family نرعاكم كأهالينا	
Document Category / Level Group Document (GD)	Reviewed Date 07 September 2023		
Owner Department / Service / Function Patient Experience (PEX)	Effective Date 05 October 2023	Document N ^o GD-PEX-MPP-002	Version N ^o 5
Document Type / Classification Multidisciplinary Policy & Procedure (MPP)	Validity Date 04 October 2026	Applicability Saudi German Health, UAE	

- 3.13. All consent forms must be written in English or Arabic.
- 3.14. Use of abbreviations and symbols are forbidden to use in the consent
- 3.15. The consent considered invalid, in the following cases:
- 3.15.1. Informed Consent is withdrawn by the patient before the procedure is performed
 - 3.15.2. Reassessment of the patient indicates that the patient's condition/diagnosis has changed
 - 3.15.3. A change or modification is made on the consented procedure/treatment guidelines for Patient Consent
 - 3.15.4. If for any reason, the procedure is delayed beyond 30 days the period of consent.
 - 3.15.5. If the consent is considered invalid, a new Informed Consent shall be obtained.

4. Procedure and Responsibility:

Procedure	Responsibility
4.1. General Consent	
4.1.1. Upon registration, obtain the general consent form (General consent for treatment in Saudi German Health) the patient after informing him/her about the scope of the consent or the patient can perform online registration. 4.1.1.a. If the patient is unable to consent, obtain consent from an Authorized Representative. See 2.6. 4.1.1.b. If a patient otherwise capable of giving valid consent is unable to write, the patient may make his or her mark on the line designated for a signature and shall be countersigned by the witness. 4.1.2. Ensure appropriate entries in the Saudi German Health general consent form and agreement for treatment and payment, indicating that consent has been obtained, Forms are attached. 4.1.3. Enclose the undersigned general consent form in the patient medical record (hard copy and scanned copy).	Customer Service (Main reception, OPD and ED)
4.2. Admission Agreement for Treatment and payment	
4.2.1. Obtain the admission consent form (agreement for treatment and payment) Admission and cost only, for each admission.	Admission & Discharge
4.3. Informed Consent: For medical/surgical treatment/ procedural special procedure	
4.3.1. Provide adequate information and education to the patient/those who make decisions for the patient, about the illness, and proposed treatment and should be explained clearly in a language and manner the patient/next of kin understands. 4.3.2. Document the complete information provided to the patient on the consent, to complete on the back of the consent form and the same shall be filed in the patient's medical record. 4.3.3. Ensure that the identity of the MRP providing information and education to the patient / family is documented in the patient's medical record. 4.3.4. Ensure that the patient / family is given an adequate time to consider and ask questions about the information and to read the consent form. 4.3.5. Ensure that the patient including the treating physician will sign AMA form if:	Treating Physician


Document Title		 المستشفى السعودي الألماني Saudi German Hospital نرعاكم كأهاليها Caring like family	
Document Category / Level	Reviewed Date		
Group Document (GD)	07 September 2023		
Owner Department / Service / Function	Effective Date	Document N°	Version N°
Patient Experience (PEX)	05 October 2023	GD-PEX-MPP-002	5
Document Type / Classification	Validity Date	Applicability	
Multidisciplinary Policy & Procedure (MPP)	04 October 2026	Saudi German Health, UAE	
Procedure		Responsibility	
4.3.5.a. The patient refuses treatment of diagnostic procedure deemed necessary by the treating physician or who discharges him/herself from the hospital.			
4.3.5.b. The patient decides to be discharged him/herself from the hospital.			
4.4. Information and education:			
4.4.1. Provide education and disclose below required information to the patient:		Treating physician	
4.4.1.a. The patient’s condition.			
4.4.1.b. The proposed treatment, the need for, the risk of, and alternative, blood and blood products use, procedures, and possible alternatives			
4.4.1.c. The name of the person providing the treatment.			
4.4.1.d. Potential benefits, specific risks, and drawbacks.			
4.4.1.e. Possible alternatives.			
4.4.1.f. Expected outcomes.			
4.4.1.g. The likelihood of success.			
4.4.1.h. Possible problems and the potential complications.			
4.4.1.i. Possible results of non-treatment.			
4.4.1.j. Date and time consent is obtained.			
4.4.1.k. Check the available translator’s list in the shared folder in case of a language barrier.		Staff Nurse	
4.4.1.l. Sign as a witness on the consent form in the event of involving a translator.		Translator Staff	

5. Risk Assessment and Controls:

SN	Identified Risk	Control Measure
5.1.	Legal and Regulatory Compliance	<ul style="list-style-type: none"> Regularly review and update the policy to align with current laws and regulations. Involve legal experts to ensure compliance with industry-specific and regional consent requirements.
5.2.	Inadequate Understanding and Informed Decision-making	<ul style="list-style-type: none"> Implementation of clear, concise, and easily understandable consent forms and documents. Provide supplementary information and explanations to individuals to help them make informed decisions. Offer opportunities for individuals to ask questions and seek clarification before giving consent.

6. Attachments and Appendices (Tools / Forms):

- 6.1. GD-ADG-FRM-001. Hospital Admission Consent
- 6.2. GD-MED-FRM-009. Informed Consent for Medical, Surgical Treatment and Special Procedure
- 6.3. GD-ANE-FRM-001. Anesthesia Consent
- 6.4. GD-AGD-FRM-003. Against Medical Advice (AMA Form)

Document Title General and Informed Consent		 المستشفى السعودي الألماني Saudi German Hospital Caring like family نرعاكم كأهاليينا	
Document Category / Level Group Document (GD)	Reviewed Date 07 September 2023		
Owner Department / Service / Function Patient Experience (PEX)	Effective Date 05 October 2023	Document N ^o GD-PEX-MPP-002	Version N ^o 5
Document Type / Classification Multidisciplinary Policy & Procedure (MPP)	Validity Date 04 October 2026	Applicability Saudi German Health, UAE	

7. Major Modifications:


- 7.1. Periodic Review.

8. References:

- 8.1. DHA Guidelines for patient Consent – 2019.
8.2. UAE law related to the medical reliability, article number 04, 2016.


9. Policy Compliance & Monitoring:


<input type="checkbox"/> Surveys	<input checked="" type="checkbox"/> Tracers / Rounds	<input checked="" type="checkbox"/> Report / Checklist
<input type="checkbox"/> Data Collection / Indicators	<input type="checkbox"/> Not Applicable	

Document Title General and Informed Consent		 المستشفى السعودي الألماني Saudi German Hospital نرعاكم كأهالينا Caring like family	
Document Category / Level Group Document (GD)	Reviewed Date 07 September 2023		
Owner Department / Service / Function Patient Experience (PEX)	Effective Date 05 October 2023	Document N° GD-PEX-MPP-002	Version N° 5
Document Type / Classification Multidisciplinary Policy & Procedure (MPP)	Validity Date 04 October 2026	Applicability Saudi German Health, UAE	

GD-ADG-FRM-001. Hospital Admission Consent

 المستشفى السعودي الألماني Saudi German Health UAE SGH UAE	Hospital Admission Consent موافقة دخول المستشفى	Patient Label
I patient/Next of Kin:	أنا المريض/قريب المريض:	
<p>Do hereby agree and give my consent for admission to Saudi German Hospital, and I hereby request and authorize the above Hospital, the physicians, and the medical staff to perform diagnostic, radiological and/or therapeutic procedures and treatments as in the judgement of the physician(s) is deemed necessary or advisable in my/ the above patient's care with no guarantees about the outcome of the treatment. This includes all routine diagnostic tests, procedures, the administration and/or injection of pharmaceutical products and medications, and withdrawal of blood for laboratory examinations including HIV testing.</p> <p>I hereby authorize hospital personnel involved in my care to review, make copies and/or release of my personal health information to other healthcare providers, insurance providers and local authorities and/or others who are financially liable for my hospitalization and medical care.</p> <p>I have been explained about the current medical condition, reason for admission and approximate cost of treatment. I have also been explained that the cost of medical treatment depends on the number of days of hospitalization, nature of illness, severity of illness, investigations performed, drugs and consumables used, procedures and surgeries performed, professional fee charged, transportation if required and variety of other factors. Therefore, the estimate given to me is only a rough indication of the approximate costs towards hospitalization. The final bill may therefore vary from the estimate, and the amount mentioned in the final bill shall be the final amount payable to the hospital. I also understand that interim intimation of the bill will be presented on a regular basis, and it is mandatory that I acknowledge receipt of the same.</p> <p>I also agree to the terms and conditions as explained to me by the admitting officer, and to the terms set below.</p>	<p>أوافق على الدخول (التنويم) في المستشفى السعودي الألماني، وأفوض المستشفى الأطباء، والفريق الطبي، والعمليات الجراحية، والإجراءات العلاجية وفق ما يحدده الأطباء ضرورياً أو مستحسناً في رعايتي / رعاية المريض المذكور أعلاه، مع عدم وجود ضمانات بشأن نتيجة العلاج. وهذه الموافقة تتضمن جميع الإجراءات والفحوصات الروتينية، إعطاء و/أو حقن الأدوية، وإجراءات سحب الدم للفحوصات المخبرية، بما في ذلك فحص فيروس نقص المناعة البشرية.</p> <p>أفوض موظفي المستشفى المعنيين في رعايتي الصحية، بمراجعة وأو نسخ، وأو مشاركة معلوماتي الصحية الشخصية لمقدمي الرعاية الصحية، ومقدمي التأمين والسلطات المحلية وأو الآخرين المسؤولين ماليًا عن العلاج في المستشفى والرعاية الطبية.</p> <p>لقد قدم فريق المستشفى لي شرحاً عن حالتي الطبية الحالية وسبب الدخول (التنويم في المستشفى) والتكلفة التقريبية للعلاج. ولقد أوضحوا لي أيضاً أن تكلفة العلاج الطبي تعتمد على عدد أيام العلاج في المستشفى، طبيعة المرض، شدة المرض، الفحوصات التي أجريت، الأدوية والمستلزمات الطبية التي تم استخدامها، الإجراءات والعمليات الجراحية التي تم إجرائها، الرسوم المهنية المفروضة، النقل إذا لزم الأمر وخدمات أخرى وفق الحاجة. لذلك فإن التقدير المعطى لي هو مجرد مؤشر تقريبي للتكاليف التقديرية للإستشفاء. قد تختلف الفاتورة النهائية عن القيمة التي تم تقديرها، ويكون المبلغ المذكور في الفاتورة النهائية هو المبلغ النهائي المستحق للدفع للمستشفى. أفهم أيضاً أن التنبه حول التكلفة الإستشفائية سيتم تقديمها على أساس منتظم ودوري، ومن الضروري أن أقر باستلامه.</p> <p>أوافق أيضاً على الشروط والأحكام كما أوضحها لي موظف الدخول، والمتنصوص عليها أدناه.</p>	
For Cash Patient Only: 1. I agree to deposit in advance (.....). 2. Before discharge, it is my obligation to pay the total bills in cash or by credit card. 3. I agree to be responsible for full payment of all charges for the services performed.	لحالات الدفع النقدي فقط: 1. أنا أوافق على الإيداع مقدماً بمبلغ وقدره (.....). 2. قبل مغادرة المستشفى، من واجبي دفع إجمالي الفواتير نقداً أو ببطاقة الائتمان. 3. أوافق على أن أكون مسؤولاً عن السداد الكامل لجميع رسوم الخدمات المقدمة.	
For Insurance Company Patient: 1. I agree to deposit in advance the required copayment if applicable (.....). 2. I confirm that the submitted insurance card is correct. I confirm that I am the patient (or the patient's parent or guardian if the patient is under 18 years of age), I hereby consent to and authorize the medical provider, his agents, health professional or other relevant administrative establishment to provide and discuss any health/treatment/billing details, medical records or discharge arrangements (past or present) with and to the Insurer and/or Third Party Administrator about me and/or any of my family members. I also understand that the medical expenses coverage is as per stipulated terms and conditions in insurance policy and if there is any excess, charges, expenses not covered in the policy, I hereby agree that it will be borne by me/my dependents/others. I agree that a copy of this consent shall have the validity of the original.	لحالات المغطاة من قبل شركات التأمين: 1. أنا أوافق على الإيداع مقدماً بمبلغ وقدره (.....) وذلك مقابل حصة المشاركة المستوجبة من قبل شركة التأمين (إذا كان مطبقاً). 2. أؤكد على أن المعلومات المرتبطة ببطاقة التأمين الصحي هي صحيحة. أؤكد أنني المريض (أو والد المريض أو الوصي عليه إذا كان عمر المريض أقل من 18 عامًا)، وأوافق بموجب هذا، على تفويض الفريق الطبي، وكلائه أو أخصائي الصحة أو أي مؤسسة إدارية أخرى ذات صلة، لتقديم ومناقشة أي تفاصيل تتعلق بأموالي الصحية / العلاجية / الفواتير، السجلات الطبية أو ترتيبات مغادرة المستشفى (الماضية أو الحالية) مع شركة التأمين وأو مسؤول آخر معي وأو أي من أفراد عائلتي. أفهم أيضاً أن تغطية النفقات الطبية وفقاً للشروط والأحكام المنصوص عليها في بوليصة التأمين، وإذا كان هناك أي فائض أو رسوم أو نفقات غير مغطاة في البوليصة، فأنا أوافق بموجب هذا على تحملها أنا / من أعزاليهم / أو غيرهم. أوافق على أن نسخة من هذه الموافقة يجب أن يكون لها صلاحية الأصل.	
For Exclusions and Package Deals: I hereby agree to pay the bills that are exclusions such as, upgrade room, availing of external doctor, visiting professor or second opinion, extra meals, telephone, and other medical services as underwritten exclusion in my policy, or rejected later on by my insurance company.	للاستثناءات والباقات العلاجية: أوافق بموجبي على دفع الفواتير التي تعتبر استثناءات، مثل ترقية الغرفة، والاستفادة من طبيب خارجي، واستاذ زائر أو رأي ثاني، ووجبات إضافية، خدمات الهاتف، والخدمات الطبية الأخرى كاستبعاد مضمون في بوليصة التأمين الخاصة بي، أو رفضها لاحقاً من قبل شركة التأمين الخاص بي.	

Document Title General and Informed Consent		 المستشفى السعودي الألماني Saudi German Hospital نرعاكم كأهالينا Caring like family	
Document Category / Level Group Document (GD)	Reviewed Date 07 September 2023	Document N° GD-PEX-MPP-002	Version N° 5
Owner Department / Service / Function Patient Experience (PEX)	Effective Date 05 October 2023	Applicability Saudi German Health, UAE	
Document Type / Classification Multidisciplinary Policy & Procedure (MPP)	Validity Date 04 October 2026		


 SGH UAE	Hospital Admission Consent موافقة دخول المستشفى	Patient Label
---	---	---------------

Health Information Exchange System I hereby consent to send my medical / lab/ radiology reports to the mobile number or the e-mail address which I have provided upon registration. I hereby agree that it will be paid/bare by me/my dependents/or others. I agree that a copy of this consent shall have the validity of the original. I agree that healthcare provider(s) involved in my care at this facility will access my health information through the Health Information Exchange System (MOH: Riyati or DHA: NABIDH) in accordance with the Laws of the United Arab Emirates.	نظام تبادل المعلومات الصحية: أوافق بموجبي على إرسال التقارير الطبية \ العملية \ الأشعة الخاصة بي إلى رقم الهاتف المحمول أو البريد الإلكتروني الذي قدمته عند التسجيل . كما أنني أقر بأن صورة هذا الإقرار لها نفس صلاحية النسخة الأصلية. أوافق أن يقوم مزاولي المهنة الصحية المشرقيين على تقديم خدمات الرعاية الصحية لي في هذه المنشأة بالإطلاع على معلوماتي الصحية في نظام تبادل المعلومات الصحية (وزارة الصحة: رياتي أو هيئة صحة دبي : نابي) وفقاً للشرعات السارية في دولة الإمارات العربية المتحدة بشكل عام.
Awareness of Hospital Rules and Foundations: <ul style="list-style-type: none"> I understand that the Hospital does not assume responsibility for the loss, damage, or disposal of my personal property or money including jewelry, clothing or any other item. I understand and accept that this is an approved teaching hospital which implies the presence of the trainees with\and under the supervision of the treating doctor or the surgeon during consultation, treatment, or surgical intervention. I am aware that, any item that is deposited with security staff shall be collected before leaving the hospital or upon discharge, in other case it shall be discarded after one month. I am aware that bringing in food, soft drinks, linens, furniture, electrical appliances, and pets are strictly not allowed by the hospital. I understand that my relatives and guests are allowed to visit me according to hospital policies. I have received and understood the patient bill of rights and responsibilities that is given to me. I understand that the hospital authorities have the full right to take legal action against me and process eligible claims for payment and compensation for any damages. I also understand that at no time, I/patient can leave the hospital/ room assigned without prior consent/ approval of treating doctor. The contents of this form have been explained to me in my spoken language.	الدواعي بقواعد وأنظمة المستشفى: <ul style="list-style-type: none"> أفهم أن المستشفى لا تتحمل مسؤولية فقدان أو تلف أو التخليص من ممتلكاتي الشخصية أو أموالي بما في ذلك المجوهرات، الملابس أو أي عنصر آخر. أتفهم وأقبل أن هذه مستشفى تعليمي معتمدة و الذي قد يستدعي تواجد المتدربين معاً وتحت إشراف الطبيب المعالج أو الجراح أثناء فترات الكشف والعلاج أو الإجراءات الجراحية. أعلم أنه يجب استلام أي غرض يتم إيداعه لدى طاقم الأمن قبل مغادرة المستشفى أو عند الخروج، أو سيتم التخلص منه بعد شهر واحد. أدرك أن إدخال الطعام والمشروبات الغازية والبياضات والأثاث والأجهزة الكهربائية والحيوانات الأليفة ممنوع بشكل تام من قبل المستشفى. أفهم أنه يُسمح لأقاربي وضيوفي بزيارتي وفقاً لسياسة الزيارة في المستشفى. لقد تلقيت وفهمت وثيقة حقوق المريض والمسؤوليات الممنوحة لي. أفهم أن إدارة المستشفى لها الحق الكامل في اتخاذ إجراءات قانونية ضدي وأيضاً معالجة المطالبات المؤهلة للدفع والتعويض عن أي أضرار. أفهم أيضاً أنه في جميع الأوقات، لا يمكنني / للمريض مغادرة المستشفى / الغرفة المخصصة دون موافقة مسبقة من الطبيب المعالج. تم شرح محتويات هذا النموذج بلغتي التي أنكم بها.


Remark:
The Emirates Identification (EID) / Passport copy of the person who is going to handle the payment, shall be submitted (either the patient him/herself or the next of kin).

Patient Information		معلومات المريض
Patient Full Name		إسم المريض الكامل
Patient's EID / Passport Number		رقم هوية / جواز سفر المريض
Next of Kin Full Name (if applicable)		اسم من يتوب عن المريض بالكامل
Next of Kin EID / Passport Number		رقم هوية / جواز سفر من يتوب عن المريض
Relationship with the patient		صلة الإرتباط بالمريض
Address		العنوان
Mobile Number		رقم الجوال
E-mail		البريد الإلكتروني
Date		التاريخ
Time		الوقت
Patient's / Next of Kin Signature		توقيع المريض / من يتوب عنه


Witness Information		معلومات الشاهد
Witness Name		إسم الشاهد
SGH-Employee Number		الرقم الوظيفي
Date		التاريخ
Time		الوقت
Signature		التوقيع


Document Title General and Informed Consent		 المستشفى السعودي الألماني Saudi German Hospital Caring like family نرعاكم كأهاليها	
Document Category / Level Group Document (GD)	Reviewed Date 07 September 2023		
Owner Department / Service / Function Patient Experience (PEX)	Effective Date 05 October 2023	Document N ^o GD-PEX-MPP-002	Version N ^o 5
Document Type / Classification Multidisciplinary Policy & Procedure (MPP)	Validity Date 04 October 2026	Applicability Saudi German Health, UAE	

GD-MED-FRM-009. Informed Consent for Medical, Surgical Treatment and Special Procedure

 Saudi German Health UAE SGH UAE	Informed Consent for Medical/ Surgical Treatment/ Special Procedure إقرار بالموافقة المسبقة على الإجراءات العلاجية التداخلية \ الجراحية المحددة	Patient Label																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">I, the undersigned</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">أنا الموقع أدناه</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Next of Kin (Guardian) </td> <td style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> المريض نفسه <input type="checkbox"/> من الأقارب (المسؤول) </td> </tr> <tr> <td>Relationship:</td> <td style="text-align: right;">صلة القرابة</td> </tr> <tr> <td>have authorized Dr (physician name)</td> <td style="text-align: right;">أقوم بتفويض الطبيب (اسم الطبيب)</td> </tr> <tr> <td>By sharing with, the following Concerns (Diagnosis)</td> <td style="text-align: right;">بمشاركته معلومات عن حالتي (تشخيصي المريض)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td>On (Date)</td> <td style="text-align: right;">بتاريخ</td> </tr> <tr> <td> To perform the following: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Surgery <input type="checkbox"/> Diagnostic / Therapeutic procedure <input type="checkbox"/> Chemotherapy <input type="checkbox"/> Interventional/ Invasive procedure <input type="checkbox"/> Elective </td> <td style="text-align: right;"> أوافق أن يجري <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> عمل جراحي <input type="checkbox"/> إجراء تشخيصي \ علاجي <input type="checkbox"/> علاج كيميائي <input type="checkbox"/> إجراء تداخلي \ جراحي <input type="checkbox"/> اختياري </td> </tr> <tr> <td>Medical / Surgical Procedure</td> <td style="text-align: right;">الإجراء الطبي الجراحي</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td>Benefits/ Outcome</td> <td style="text-align: right;">العائد المتوقع من التداخل أو العلاج الجراحي</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td>Possible or likely Complication</td> <td style="text-align: right;">المشكلات المتوقعة</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td> I understand marking & photography may take place for safety and learning purposes <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم </div> </td> <td style="text-align: right;"> أتفهم الحاجة لوضع علامات و للتصوير و ذلك لإجراءات السلامة و التعليم </td> </tr> <tr> <td> I understand and accept that this is an approved teaching hospital which implies the presence of the trainees with\and under the supervision of the surgeon during the procedure. <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم </div> </td> <td style="text-align: right;"> أتفهم و أقبل أن هذه مستشفى تعليمي و الذي يستدعي تواجد المتدربين معاً و تحت إشراف الجراح أثناء إجراء العملية </td> </tr> </table>			I, the undersigned	أنا الموقع أدناه	<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Next of Kin (Guardian)	<input type="checkbox"/> المريض نفسه <input type="checkbox"/> من الأقارب (المسؤول)	Relationship:	صلة القرابة	have authorized Dr (physician name)	أقوم بتفويض الطبيب (اسم الطبيب)	By sharing with, the following Concerns (Diagnosis)	بمشاركته معلومات عن حالتي (تشخيصي المريض)			On (Date)	بتاريخ	To perform the following: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Surgery <input type="checkbox"/> Diagnostic / Therapeutic procedure <input type="checkbox"/> Chemotherapy <input type="checkbox"/> Interventional/ Invasive procedure <input type="checkbox"/> Elective 	أوافق أن يجري <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> عمل جراحي <input type="checkbox"/> إجراء تشخيصي \ علاجي <input type="checkbox"/> علاج كيميائي <input type="checkbox"/> إجراء تداخلي \ جراحي <input type="checkbox"/> اختياري 	Medical / Surgical Procedure	الإجراء الطبي الجراحي			Benefits/ Outcome	العائد المتوقع من التداخل أو العلاج الجراحي			Possible or likely Complication	المشكلات المتوقعة			I understand marking & photography may take place for safety and learning purposes <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم </div>	أتفهم الحاجة لوضع علامات و للتصوير و ذلك لإجراءات السلامة و التعليم	I understand and accept that this is an approved teaching hospital which implies the presence of the trainees with\and under the supervision of the surgeon during the procedure. <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم </div>	أتفهم و أقبل أن هذه مستشفى تعليمي و الذي يستدعي تواجد المتدربين معاً و تحت إشراف الجراح أثناء إجراء العملية
I, the undersigned	أنا الموقع أدناه																																	
<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Next of Kin (Guardian)	<input type="checkbox"/> المريض نفسه <input type="checkbox"/> من الأقارب (المسؤول)																																	
Relationship:	صلة القرابة																																	
have authorized Dr (physician name)	أقوم بتفويض الطبيب (اسم الطبيب)																																	
By sharing with, the following Concerns (Diagnosis)	بمشاركته معلومات عن حالتي (تشخيصي المريض)																																	
On (Date)	بتاريخ																																	
To perform the following: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Surgery <input type="checkbox"/> Diagnostic / Therapeutic procedure <input type="checkbox"/> Chemotherapy <input type="checkbox"/> Interventional/ Invasive procedure <input type="checkbox"/> Elective 	أوافق أن يجري <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> عمل جراحي <input type="checkbox"/> إجراء تشخيصي \ علاجي <input type="checkbox"/> علاج كيميائي <input type="checkbox"/> إجراء تداخلي \ جراحي <input type="checkbox"/> اختياري 																																	
Medical / Surgical Procedure	الإجراء الطبي الجراحي																																	
Benefits/ Outcome	العائد المتوقع من التداخل أو العلاج الجراحي																																	
Possible or likely Complication	المشكلات المتوقعة																																	
I understand marking & photography may take place for safety and learning purposes <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم </div>	أتفهم الحاجة لوضع علامات و للتصوير و ذلك لإجراءات السلامة و التعليم																																	
I understand and accept that this is an approved teaching hospital which implies the presence of the trainees with\and under the supervision of the surgeon during the procedure. <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم </div>	أتفهم و أقبل أن هذه مستشفى تعليمي و الذي يستدعي تواجد المتدربين معاً و تحت إشراف الجراح أثناء إجراء العملية																																	

GD-MED-FRM-009
Informed Consent for Medical/ Surgical Treatment/ Special Procedure (2023/03)
Page 1 of 2


Document Title General and Informed Consent		 المستشفى السعودي الألماني Saudi German Hospital نرعاكم كأهالينا Caring like family	
Document Category / Level Group Document (GD)	Reviewed Date 07 September 2023		
Owner Department / Service / Function Patient Experience (PEX)	Effective Date 05 October 2023	Document N° GD-PEX-MPP-002	Version N° 5
Document Type / Classification Multidisciplinary Policy & Procedure (MPP)	Validity Date 04 October 2026	Applicability Saudi German Health, UAE	

 السعودية الصحية الإمارات Saudi German Health UAE	Informed Consent for Medical/ Surgical Treatment/ Special Procedure إقرار بالموافقة المسبقة على الإجراءات العلاجية التداخلية \ الجراحية المحددة	Patient Label
SGH UAE		


Patient/ Next of Kin Statement	إقرار المريض \ القريب
I certify that I have been informed of: ▪ The nature of the proposed operation, procedure and/or treatment. ▪ The alternatives of treatment – including not to undergo the operation, procedure and/or treatment; and ▪ All sufficient details and explanation to permit me to make an informed decision in this consent. ▪ URGENT blood transfusion or the transfusion of blood products if indicated. ▪ The risk, <u>unpredictable complications</u> , and consequences of the proposed surgery, procedure (<u>unguaranteed Successes</u>)	أقر بأنه قد أعلمت بالتالي: ▪ طبيعة العمل الجراحي \ التدخل \ العلاجي المذكور في هذا الإقرار ▪ البدائل بما فيها عدم الخضوع للجراحة أو العلاج أو التدخل ▪ كل التفاصيل الكافية والشرح المفصل للعمل المراد إجراؤه لكي يتسنى لي اتخاذ القرار ▪ الصابغ الذي يتضمنه هذا الإقرار ▪ نقل الدم العاجل أو نقل مشتقات الدم عندما يتطلب الأمر ▪ خطورة الجراحة و <u>المواقف الغير متوقعة للإجراء</u> والعلاج ونظرا لذلك <u>فنجاح</u> الجراحة بظن غير مؤكد
In case of emergency, my next-of-kin authorized in this consent shall be contacted at the following contact information:	يجب الاتصال في حالة الطوارئ بقربي المخول في هذه الموافقة وفقا لمعلومات التواصل التالية:
Next of Kin Name	اسم القريب
Next of Kin Phone	رقم الهاتف
I also certify that I have read and fully understood the above consent and my questions were fully answered and that all blanks have been filled in before my signature.	كما أقر بأنني استمعت وفرت وفهمت بشكل كامل ما تم ذكره لي أعلاه وتمت الإجابة بشكل وافي و مرضي عن كل أسئلتي وأنه قد تم ملء المعلومات في هذه الموافقة قبل توقيبي
Patient/ Next of Kin Signature	توقيع المريض \ القريب
Time & Date	التاريخ و التوقيت


Doctors Statement	إقرار الطبيب
I have informed the patient/ next of kin the following: ▪ Medical condition of the patient ▪ Proposed treatment. ▪ Potential benefits and drawbacks ▪ Possible Alternatives ▪ Likelihood of success ▪ Possible problem related to recovery. ▪ Possible results of refusal of treatments	أقر بأنني قد أخبرت المريض \ أقاربه بالتالي: ▪ حالة المريض الصحية ▪ المعالجة المقترحة ▪ المنافع والأضرار الكامنة ▪ البدائل الممكنة ▪ نسبة النجاح ▪ المشاكل المحتملة المتعلقة بمرحلة التعافي ▪ النتائج المحتملة في حالة رفض العلاج
Consulting Doctor Signature & Stamp	توقيع و ختم الطبيب
Time & Date	التاريخ و التوقيت

Witness / Interpreter Statement	إقرار الشاهد \ المترجم
The consent information has been translated to the patient/ next of kin	معلومات الإقرار قد تم ترجمتها للمريض \ الأقارب
Language	اللغة
Witness / Interpreter NAME	اسم الشاهد \ المترجم
Witness / Interpreter Signature	توقيع الشاهد \ المترجم
Time & Date	التاريخ و التوقيت
Telephone	رقم الهاتف

Document Title General and Informed Consent		 المستشفى السعودي الألماني Saudi German Hospital نرعاكم كأهالينا Caring like family	
Document Category / Level Group Document (GD)	Reviewed Date 07 September 2023		
Owner Department / Service / Function Patient Experience (PEX)	Effective Date 05 October 2023	Document N° GD-PEX-MPP-002	Version N° 5
Document Type / Classification Multidisciplinary Policy & Procedure (MPP)	Validity Date 04 October 2026	Applicability Saudi German Health, UAE	


GD-ANE-FRM-001. Anesthesia Consent

 السعودية الصحية الإمارات Saudi German Health UAE SGH UAE		Anesthesia Consent إقرار بالموافقة على التخدير		Patient Label
I, the undersigned <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Next of Kin (Guardian\authorized)		أنا الموقع أدناه <input type="checkbox"/> المريض نفسه <input type="checkbox"/> من الأقارب (المسؤول \ المفوض)		
Relationship:		صلة القرابة		
have authorized The Anesthesia Dr On (Date)		أقوم بتفويض طبيب التخدير بتاريخ		
To perform the following Anesthesia Type:		أوافق أن يستخدم نوع التخدير التالي		
General Anesthesia (GA) <ul style="list-style-type: none"> Expected results: total unconscious state, possible placement of tube into the windpipe. Technique: drug injected into the blood stream, breathed into the lungs or by other routes. Risks: mouth or throat pain, hoarseness, injury to mouth or teeth, awareness under anesthesia, injury to blood vessels, aspiration, pneumonia. 		<input type="checkbox"/>	التخدير العام <ul style="list-style-type: none"> النتائج المتوقعة: غياب كامل عن الوعي مع إمكانية وضع أنبوب في القصبة الهوائية. التقنية: يتم حقن المادة المخدرة بالوريد أو يتم إعطاء المادة المخدرة عن طريق الاستنشاق عبر الجهاز التنفسي. المخاطر: التهاب الحلق، بهكة في الصوت، إصابة في الفم والأذن، إصابة الأوعية الدموية، الإعياء أو الالتهاب الرئوي. 	
Spinal/ Epidural Anesthesia <ul style="list-style-type: none"> Expected results: temporary decrease or loss of feeling and/ or movement to lower part of the body. Technique: drug injected through a needle/catheter placed directly into the spinal canal or immediately outside the spinal canal. Risks: headache (1/250), backache, buzzing in the ears, convulsions, infection, residual numbness, persistent weakness (1/10000), total spinal requiring intubation, incomplete block and need for general anesthesia. 		<input type="checkbox"/>	التخدير الفقري أو فوق الجافية <ul style="list-style-type: none"> النتائج المتوقعة: انخفاض مؤقت أو كامل للقدرة على الإحساس بـ/أو تحريك النصف السفلي من الجسم. التقنية: حقن المادة المخدرة بالقرب من الجذور العصبية للحبل الشوكي. المخاطر: الصداع (250/1)، آلام الظهر، أزيز بالأذن، التشنجات، العدوى، استمرار الخدر، الضعف المستمر (10000/1)، إصابة الأوعية الدموية، تخدير غير كامل واللي قدر يتطلب تخدير عام. 	
Intravenous Regional Anesthesia <ul style="list-style-type: none"> Expected results: temporary loss of feeling and/ or movement of the limb. Technique: drugs injected into veins of arm or leg while using tourniquet. Risks: infection, convulsions, persistent numbness, residual pain, injury to blood vessels, need for adjunct sedation or general anesthesia in case of incomplete block. 		<input type="checkbox"/>	التخدير الموضعي، عن طريق الوريد <ul style="list-style-type: none"> النتائج المتوقعة: فقدان مؤقت أو كامل للشعور و/أو الحركة في الأطراف أو المناطق المعنية بالحقن. التقنية: حقن المادة المخدرة عن طريق الوريد في عروق الذراع أو الساق مع استخدام. المخاطر: العدوى، التشنجات، الخدر المستمر، استمرار الألم، إصابة الأوعية الدموية. 	
Monitored Anesthesia Care with Sedation. <ul style="list-style-type: none"> Expected results: reduced anxiety and pain, partial or total amnesia, variable degree of unconsciousness. Technique: drug injected into the blood stream, breathed into the lungs or by other routes producing a semi-conscious state. Risks: an unconscious state, depressed breathing, injury to blood vessels. 		<input type="checkbox"/>	رعاية التخدير المراقبة (مع فقدان الشعور بالألم) <ul style="list-style-type: none"> النتائج المتوقعة: يقلل من القلق والإحساس بالألم، فقدان الذاكرة الجزئي أو الكلي. التقنية: يتم حقن المادة المخدرة بالوريد أو يتم إعطاء المادة المخدرة عن طريق الاستنشاق عبر الجهاز التنفسي لتنتج حالة فحان وعي جزئي. المخاطر: حاله اللاوعي، إصابة الأوعية الدموية، انخفاض في وظائف التنفس. 	
Major/ Minor Nerve Block <ul style="list-style-type: none"> Expected results: temporary loss of feeling and /or movement in the specific limb or area blocked. Technique: drug injected near the nerve providing loss of sensation to the area of the surgery. Risks: infection, convulsions, persistent numbness, residual pain, injury to blood vessels, need for adjunct sedation or general anesthesia in case of incomplete block. 		<input type="checkbox"/>	تخدير عام أو طفيف للعصب <ul style="list-style-type: none"> النتائج المتوقعة: فقدان مؤقت أو كامل للشعور و/أو القدرة على تحريك الأطراف أو المناطق المعنية بالحقن. التقنية: حقن المادة المخدرة بالقرب من العصب مما يؤدي إلى فقدان الإحساس في منطقة العملية. المخاطر: العدوى، التشنجات، الخدر المستمر، بقاء الألم، إصابة الأوعية الدموية. 	

Document Title General and Informed Consent		 المستشفى السعودي الألماني Saudi German Hospital نرعاكم كأهالينا Caring like family	
Document Category / Level Group Document (GD)	Reviewed Date 07 September 2023		
Owner Department / Service / Function Patient Experience (PEX)	Effective Date 05 October 2023	Document N° GD-PEX-MPP-002	Version N° 5
Document Type / Classification Multidisciplinary Policy & Procedure (MPP)	Validity Date 04 October 2026	Applicability Saudi German Health, UAE	

 Saudi German Health UAE	Anesthesia Consent إقرار بالموافقة على التخدير	Patient Label
SGH UAE		

Patient/ Next of Kin Statement I acknowledge that I have been informed of: ▪ The types and alternatives of anesthesia suitable for my condition ▪ All sufficient details and explanation to permit me to make an informed decision in this consent. ▪ Complications and expected side effects - it shall be timely dealt with in an effective way. ▪ The risk, <u>unpredictable complications</u> , and consequences of the proposed Anesthesia procedure		إقرار المريض \ القريب أقر بأنه قد أعلمت بالتالي: ▪ البدائل و الأنواع المختلفة للتخدير والتي تتناسب مع حالي ▪ كل التفاصيل الكافية و المرح المفصل للعمل المراد إجراؤه لكي يتسنى لي اتخاذ القرار الصائب الذي يتضمنه هذا الإقرار ▪ المضاعفات و الأعراض الجانبية المتوقعة - في حالة حدوث أي منها سيتم التعامل معها بسرعة و فاعلية ▪ المخاطر و العواقب الغير متوقعة للإجراء التخديري	
I also acknowledge that I might have some Moderate / High Risk rate due to		<input type="checkbox"/> نسبة خطورة عالية \ متوسطة و ذلك نتيجة ل:	
Expected Complications of the above-mentioned Risks:		المضاعفات المتوقعة من المخاطر المذكورة أعلاه	
I understand and accept that this is an approved teaching hospital which implies the presence of the trainees with\and under the supervision of the Anesthetist.		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	
Understanding all the above, I hereby authorize the Anesthetist of Saudi German Hospital to choose the type and technique of anesthesia and to take all necessary actions to assure administrating of effective and safe anesthesia without warranty or guarantee from the hospital side. In case of emergency, my next-of-kin (guardian \ authorized) in this consent shall be contacted at the following contact information:		و على هذا فأني أفوض أطباء التخدير بالمستشفى السعودي الألماني في اختيار نوع و طريقة التخدير و اتخاذ كل ما يلزم من إجراءات من أجل إعطائي تخدير فعال و آمن دون أي تعهد أو ضمان من المستشفى. يجب الاتصال في حالة الطوارئ بقريبي (المسؤول \ المفوض) في هذه الموافقة وفقا لمعلومات التواصل التالية:	
Next of Kin Name		اسم القريب	
Next of Kin Phone		رقم الهاتف	
Patient/ Next of Kin Signature		توقيع المريض \ القريب	
Time & Date		التاريخ و التوقيت	
Anesthetist Signature & Stamp		توقيع و ختم طبيب التخدير	
Time & Date		التاريخ و التوقيت	

Document Title General and Informed Consent		 المستشفى السعودي الألماني Saudi German Hospital Caring like family نرعاكم كأهالينا	
Document Category / Level Group Document (GD)	Reviewed Date 07 September 2023		
Owner Department / Service / Function Patient Experience (PEX)	Effective Date 05 October 2023	Document N° GD-PEX-MPP-002	Version N° 5
Document Type / Classification Multidisciplinary Policy & Procedure (MPP)	Validity Date 04 October 2026	Applicability Saudi German Health, UAE	

GD-AGD-FRM-003. Against Medical Advice (AMA Form)

 SGH UAE	AGAINST MEDICAL ADVICE (AMA) FORM رفض العلاج ضد النصيحة الطبية	Patient Label
---	---	---------------

Diagnosis: التشخيص:

☐ Life threatening
 ☐ Urgent
 ☐ Emergency
 ☐ Mild case

If you have any question or concern about this Against Medical Advice form, ask your physician before signing.

I, the undersigned on my behalf/on behalf of Patient Name:

☐ حالة خطيرة قد تؤدي للموت
 ☐ حالة مستعجلة
 ☐ حالة طارئة
 ☐ حالة متوسطة الخطورة

عند وجود أي استفسار حول هذا النموذج يرجى طلب الإيضاح من طبيبك المعالج.

أقر أنا السيد/ السيدة:

نيابة عن:

I refuse admission ☐
 Refuse Treatment/ Procedure ☐
 Leave Against Medical Advice (LAMA) ☐
 Discharge Against Medical Advice (DAMA) ☐

بأنني أرفض التتويج.
 أرفض العلاج/ أو الإجراء الطبي.
 أأغادر المستشفى ضد النصيحة الطبية.
 أخرج من المستشفى ضد النصيحة الطبية.

On my request against the advice of the attending physician, he/ she explained the procedure/ treatment/ admission, its benefit, possible complications, success rate, other options and consequences of refusal to the plan. I am releasing the hospital authority and treating healthcare professionals from any responsibility of ill effects, which may result from this action.

وذلك بناءً على طلبي ضد نصيحة الطبيب المعالج بالرغم من أنه قد شرح لي الفوائد المرجوة من هذا العلاج/ التتويج/ الإجراء الطبي وشرح أيضاً المضاعفات المحتملة ونسبة النجاح وكذلك العواقب الناجمة من رفضي للعلاج. وكذلك تم إخباري بالخيارات العلاجية الأخرى وبهذا أخلّي مسؤولية المستشفى والطواقم الطبية المعالج من أي مسؤولية ومن العواقب الصحية التي قد تحدث لي نتيجة لرفضتي العلاج.

رقم بطاقة الأحوال / العمل / جواز السفر:
 رقم التليفون / الجوال:
 الاسم:
 التوقيع:
 صلة القرابة:
 التاريخ / / الوقت:
 الاسم الشاهد:
 التوقيع:
 التاريخ / / الوقت:

Emirates I.D/ Labor Card /Passport:
 Telephone/Mobil:
 Name:
 Signature:
 Relationship:
 Date: / / Time:
 Witness Name:
 Signature:
 Date: / / Time:

For official use only	للاستعمال الرسمي فقط
<p>Reason for Leave/Discharge Against Medical Advice:</p> <p>1. Financial <input type="checkbox"/> Insurance <input type="checkbox"/> Cash</p> <p>2. Social/ Family <input type="checkbox"/> Tourist <input type="checkbox"/> Resident</p> <p>3. Unsatisfactory Services:</p> <p> <input type="checkbox"/> Medical Car <input type="checkbox"/> Nursing Care <input type="checkbox"/> Environment <input type="checkbox"/> Support Services </p> <p>4. Preference for other healthcare provider. <input type="checkbox"/></p> <p>N.B.: Place this form in the patient's file and send a copy to the CMO, CNO and CEO's office.</p>	<p>I have explained the patient/ patient relative the risks, benefits, alternatives, and consequences of not receiving or continuing the treatment/ procedure/ admission.</p> <p>Name of Treating Doctor:</p> <p>Signature.....Stamp</p> <p>Date: / / Time:</p>

GD-ADG-FRM-003 Against Medical Advice Form (2023/01) Page 1 of 1