



BURJEEL
HOLDINGS

Patient ID Sticker

الموافقة على التسجيل للرعاية الأولية CONSENT FOR PRIMARY CARE REGISTRATION

Primary Care Registration:

I
hereby consent to be registered with Burjeel Holdings as my Primary Healthcare Facility. I understand that this enrollment will allow for a streamlined and continuous relationship with my preferred primary care provider or his/her designee during his/her absence, ensuring better access to healthcare services.

Change of Primary Care Facility:

I hereby consent and authorize Burjeel Holdings Healthcare Facility staff to change my primary care provider under Burjeel Holdings Primary Healthcare facility.

Access and Integration with Malaffi:

I understand that all my past and present registration details are integrated with the ADHIE (Abu Dhabi Health Information Exchange) platform/portal and accessible for the healthcare staff to view the primary care provider information.

Digital Enrollment Option:

I do acknowledge that I will have the option to initiate registration digitally through the "Sahatna" application.

I do acknowledge that different declaration(s) may be needed for some specific diagnostic and surgical procedures.

By signing below, I am indicating that I have reviewed and acknowledge and consent to the terms described above.

تسجيل للرعاية الأولية

أنا،
أوافق بموجب هذا على أن يتم تسجيلي لدى برجيل القابضة كونها منشأة للرعاية الصحية الأولية خاصة بي. أعلم أن هذا التسجيل يسمح لي بعلاقة مستمرة وسلسلة مع مقدم الرعاية الأولية المفضل لدي أو من ينوب عنه/عنها في حالة غيابه/غيابها، مما يضمن لي الحصول على أفضل خدمات الرعاية الصحية.

تغيير منشأة الرعاية الأولية:

أوافق وأفوض بموجب هذا موظفي منشأة برجيل القابضة للرعاية الصحية لتغيير مقدم الرعاية الأولية الخاص بي ضمن منشأة برجيل القابضة للرعاية الصحية الأولية.

الوصول والاندماج مع ملفي:

أعلم أن جميع تفاصيل التسجيل الخاصة بي السابقة والحالية مدمجة في منصة/بوابة تبادل المعلومات الصحية في أبوظبي (ADHIE) وهي متاحة للعاملين في الرعاية الصحية للاطلاع على معلومات مقدم الرعاية الأولية.

خيار التسجيل الرقمي:

أقر بأن لدي خيار البدء في التسجيل الرقمي من خلال تطبيق "صحتنا".

أقر بأن العديد من التصاريح قد تكون مطلوبة لبعض الإجراءات المحددة التشخيصية والجراحية.

من خلال توقيع أدناه، أفيد بأنني قد اطلعت وعلمت ووافقت على الشروط المقررة أدناه.

Patient Signature:

Date and Time :

توقيع المريض :

التاريخ والوقت :