

**REQUISITION FOR RELEASE OF
MEDICAL INFORMATION / REPORT**
طلب إصدار معلومات طبية / تقرير طبي

PATIENT ID STICKER

Date : التاريخ :

Patient Name : اسم المريض : BSH No. : رقم الملف :

Gender : الجنس : Date of Birth : تاريخ الميلاد : Contact Number : رقم الاتصال :

I hereby request copies of the following medical information :

اطلب بمقتضى هذه الوثيقة نسخ المعلومات الطبية التالية :

- Lab Investigation Reports (free of Cost) تقارير فحص المعمل (مجاناً)
- Radiology investigation Reports (free of Cost) تقارير فحص الأشعة (مجاناً)
- Medical Report (100 Dhs) التقرير الطبي (100 درهم)

Doctor / Department : الطبيب / القسم :

I authorize the information to be released by :

أصريح بالإفراج عن تلك المعلومات من خلال :

- Person Email Fax شخصياً بريد إلكتروني الفاكس

Please fill in details (if email or fax) : يرجى ملأ التفاصيل (في البريد الإلكتروني أو الفاكس) :

This consent is valid for thirty days from the date of signature; however this authorization may be revoked in writing at any time before the expiration. By signing the patient is consenting to have their medical information released and the facility its employees and physicians are hereby released from any legal responsibility for release of the above information to the extent indicated and authorized herein.

هذه الموافقة صالحة لمدة ثلاثين يوماً من تاريخ التوقيع؛ ومع ذلك قد يتم إبطال هذا التفويض كتابةً في أي وقت قبل انتهاء الصلاحية. بالتوقيع على هذه الوثيقة. يوافق المريض على نشر معلوماته الطبية. ويتم الإفراج عنها وإعفاء المنشأة وموظفيها والأطباء بموجب هذه الوثيقة من أي مسؤولية قانونية عن تلك المعلومات المذكورة أعلاه إلى الحد المشار إليه والمصرح به هنا.

Kindly be informed that your request will be processed as quickly as possible. However, kindly allow up to THREE working days based on the doctors availability and excluding Holidays for the request to be processed. You will be informed once the report is ready. You may fix your pickup time of the report with the staff while informing the status of the report.

يرجى العلم بأنه سيتم معالجة طلبك في أسرع وقت ممكن. ومع ذلك، يرجى السماح بفترة تصل إلى 3 أيام عمل على أساس توافر الأطباء وبإستثناء العطلات حتى تتم معالجة الطلب. سيتم إبلاغك بمجرد أن يصبح التقرير جاهزاً. يمكنك تحديد وقت استلام التقرير الملائم لك مع الموظفين أثناء إبلاغهم بحالة التقرير.

IMPORTANT NOTE: (Patient representative should produce the authorization letter from the patient along with the ID copy. Medical records department would not release any information to the patient authorized representative without receiving the authorization letter from the patient).

ملاحظة هامة: (يجب على ممثل المريض تقديم خطاب التفويض من المريض مع نسخة من بطاقة الهوية. لن يقوم قسم السجلات الطبية بنشر أي معلومات للممثل المفوض دون الحصول على خطاب تفويض من المريض).

Signature of the Patient : توقيع المريض :

Signature of the Patient Representative : توقيع ممثل المريض :

Relationship : العلاقة :

For Official Usage:	
For MRD Use Doctor : Department : Date : Reported by : Status : Issued Date :	For Admission Desk Use : Payment Mode : Amount : Receipt Number : Date : Staff Signature :
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"> SEAL </div>	
For Admission Desk Use:	
Date of Release : ID Verified : Information Released by :	