

Patient Name : _____
File Number : _____
Nationality : _____
DOB : _____
Sex : Male Female
Insurance Provider : _____

Patient Registration Record

بيانات تسجيل مريض

التاريخ :/...../.....

PATIENT ID #:

Passport جواز السفر

Emirates ID بطاقة الهوية الإماراتية

Other أخرى

** PATIENT DETAILS:

بيانات المريض/ة :

Your Full Name : _____ : الاسم الرباعي
Gender: Male ذكر Female أنثى D.O.B: / / : تاريخ الميلاد
Marital Status : Single (أعزب) Married (متزوج) Other (أخرى) Nationality: _____ : الجنسية
Home Address: _____ : العنوان

CONTACTS DETAILS:

بيانات الإتصال :

Phone Home : _____ Work: _____ Mobile: _____
الهاتف المنزلي: _____ العمل: _____ المتحرك: _____
E-Mail : _____ البريد الإلكتروني: _____ P.O. Box: _____ ص.ب.: _____
Place of Employment : _____ مكان العمل: _____ Occupation: _____ المهنة: _____

** RESIDENCY STATUS :

معلومات

الإقامة/التأشيرة :

Resident (مقيم) UAE National (الجنسية إماراتي) Non-UAE National (Residency Visa) (الجنسية غير إماراتي)
 Non-Resident (Visitor/ Tourist Visa) غير مقيم (زائر / تأشيرة سياحية)
 City of Residence: AUH DXB SHJ AJM UAQ RAK FUJ : مدينة الإقامة بالإمارات
 Country of Residence (Mandatory): _____ : بلد الإقامة الأصلي (الزامي):

SPOUSE DETAILS :

بيانات ولي :

Name of Spouse or Responsible Party: _____ اسم ولي الأمر :
Relationship to you: (صلة القرابة) Spouse (زوج/ة) Parent (والدة) Other (أخرى) _____
Responsible Party's Address : _____ عنوان ولي الأمر :

In Case of EMERGENCY, Please Contact :

للاتصال في حالة الطوارئ:

1. Name:	Phone #: ()	Relationship:
2. Name:	Phone #: ()	Relationship:

MODE OF PAYMENT:

طريقة الدفع :

Self-Pay (دفع ذاتي) Insurance (شركة التأمين) Other (Specify) (أخرى) _____
Patient Signature توقيع المريض/ة _____
Responsible Party's Signature توقيع ولي الأمر _____
If Patient is a Minor

Please provide your insurance information. Please handover your cards to the receptionist (if applicable).

يرجى التكرم بتقديم/ تسليم بطاقة التأمين الخاصة بلعم الى موظف الاستقبال (إن وجدت).