

QID										
Patient Name										
Nationality										
Date of						/				
Birth										
Gender				Male				F	emale	

And Medical Information Date of Bender Male Female	Consent for R	Release		Nationality							
of Medical Information									1		
ا hereby request Doha Clinic Hospital to release medical information that pertains only to the admission/ consultation of myself to the Representative person specified below Postal Address E-mail Telephone: For the Purpose of: Legal Purpose Insurance Personal Use Information to be Released Date From Date To Date Date Date Date Date Date Date Date	of Medical Inf	formation									
المستشفى إحدار المعلومات الطبية المتعلقة فقط بدخوان البردى الدي المستشفى العاصة بي / المريض الدي أعنا المستشفى العاصة بي / المريض الدي أعنا المستشفى العاصة بي / المريض الدي أعنا المستقب العاصة بي / المريض المستقب العاصة بي معلومات المعلقة هذا و العلم أن ملتى الطبية أن علم أن ملتى الطبية أن علامي المعارفة هذا و العلم المعارفة	of Medical IIII	iormation			 	Male			Female	<u> </u>	
that pertains only to the admission / consultation of myself to the Representative person specified below Postal Address E-mail Telephone: Consultation Personal Use Personal Use Indicated Indicated Personal Use Indicated Personal Use Indicated Indicated				Gender	<u> </u>	Mate			remate		
Representative person specified below Postal Address	I hereby request Doha Clin	ic Hospital to r	elease med	lical information	ا بدخولي و	تعلقة فقح	ت الطبية الم	عدار المعلوما	ن المستشفى إد	أطلب مر	
Postal Address المراورة الدائيكرون E - mail Se - mail S	that pertains only to the ad	lmission/ cons	ultation of r	myself to the	مراجعتي للمستشفى الخاصة بي / المريض الذي أمثله						
E-mail Telephone: Telephone: Telephone	Representative person spe	ecified below									
Telephone:	Postal Address								لبريدي	العنوان ا	
Constitution of Care Consultation Consultati	E – mail								لیکترونی	البريد الا	
Continuum of Care Consultation	Telephone:									الهاتف	
الوat Purpose Insurance Personal Use التأويل المطاوية الاستخدام الشخص اليافي المطاوية الوائق المطاوية المحتوية التأويل المطاوية المحتوية المحتوية التأويل المطاوية المحتوية المحتوية التحقيق المحتوية ال	For the Purpose of:										
Information to be Released Date From Date To العلاق المحلوبية والمحتود المحتود المحتو	Continuum of Care	Consultati	on				ستشارة		مواصلة الرعاية	, 🔲	
المدتم فرودي الموافقة هذا و فهمنه و هو مثال الإلغاء بأمر الإلغاء المعلومات	Legal Purpose	Insurance		Personal Use	التأمين	ي و	غدام الشخصج	أغراض قانونية الاستخدا			
المعلومات المعل	Information to be Released	j	Date From	Date To	إلى تاريخ		من تاريخ		لمطلوبة	الوثائق ا	
المعلوبات التطعيات التطعيل التطال ال	Discharge Summary								ملخص خروج		
Medical/ Operative Reports التطعيمات Vaccination التطعيمات Others (Specify) السلطة المسلطة	Laboratory Results (co	ру)							نتائج التحاليل		
Vaccination التطعيمات المعالمات ا	Diagnostic Reports (co	py)							تقارير الأشعة		
Others (Specify) Inderstand that the medical record may also include information on diagnosis/ treatment related to Psychiatric or Psychological Condition. Drugs and alcohol abuse. Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS HIV) or Hepatitis status so. Agree to Release Information Independent of the extent that the person who is to make disclosure has already acted in reliance on it. I understand that my health care provider cannot guarantee that the recipient will not redisclose my health information. Accordingly, my health care provider shall be discharged from any liability with respect to any use of my health information by the recipient. This consent is valid for Life Time/ Unless is revoke by the patient. Date of Request: Patient's Signature: Patient's Signature: D No / Agree to Release Information Disagree D No / Agree to Release Information Disagree D No / Agree to Release Information Disagree Linding Incapitud, and alcohol abuse. Acquired Immune Deficiency Bullating Indiadop. Linding Incapitud (Immune Deficiency Bullating Incapitud (Immune Deficiency Bullation Incapitud (Immune Deficie	Medical/ Operative Rep	oorts						/تقارير طبية	تقارير العمليات		
Inderstand that the medical record may also include information on diagnosis/ treatment related to Psychiatric or Psychological	<u> </u>										
diagnosis/ treatment related to Psychiatric or Psychological Condition. Drugs and alcohol abuse. Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS HIV) or Hepatitis status so. Agree to Release Information Disagree It have read and understood this consent and is subject to written revocation only at any time except to the extent that the person who is to make disclosure has already acted in reliance on it. I understand that my health care provider cannot guarantee that the recipient will not redisclose my health information to a third party. The third party may not be required to abide by this Authorization or applicable state law governing the use and disclosure of my health information. Accordingly, my health care provider shall be discharged from any liability with respect to any use of my health information by the recipient. This consent is valid for Life Time/ Unless is revoke by the patient. Date of Request: I would like to receive the report by: Get matting limitual to the patient of the pa	Others (Specify)								أخرى		
Condition. Drugs and alcohol abuse. Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS HIV) or Hepatitis status so. Agree to Release Information Disagre I have read and understood this consent and is subject to written revocation only at any time except to the extent that the person who is to make disclosure has already acted in reliance on it. I understand that my health care provider cannot guarantee that the recipient will not redisclose my health information to a third party. The third party may not be required to abide by this Authorization or applicable state law governing the use and disclosure of my health information. Accordingly, my health care provider shall be discharged from any liability with respect to any use of my health information by the recipient. This consent is valid for Life Time/ Unless is revoke by the patient. Date of Request: Date of Request: Postal mail/x Jume/ Indector in the information or adiabate in the person who is to make disclosure of my health information by the recipient. Patient's Signature: Postal mail/x Jume/ Indector in the instance of the extent that the person who is to make disclosure of my health information. Accordingly, my health care provider shall be discharged from any liability with respect to any use of my health information by the recipient. This consent is valid for Life Time/ Unless is revoke by the patient. Date of Request: Postal mail/x Jume/ Hand to representative/ who is a uniformation in the party. The provided in the person who is the party of the patient in the person who is the patient in the patient in the person who is t	ی قد یحتوی علی معلومات تشخیصیة أو علاجیة لها understand that the medical record may also include information on										
Syndrome (AIDS HIV) or Hepatitis status so. Agree to Release Information Disagree I have read and understood this consent and is subject to written revocation only at any time except to the extent that the person who is to make disclosure has already acted in reliance on it. I understand that my health care provider cannot guarantee that the recipient will not redisclose my health information to a third party. The third party may not be required to abide by this Authorization or applicable state law governing the use and disclosure of my health information. Accordingly, my health care provider shall be discharged from any liability with respect to any use of my health information by the recipient. This consent is valid for Life Time/ Unless is revoke by the patient. Date of Request: Twould like to receive the report by: E - mail Imperson / jumin Imperson / jumin	diagnosis/ treatment relate	ed to Psychiat	ric or Psych	ological	ں المناعة	رات أو نقص		•			
Agree to Release Information Disagree المعلومات المعلومات الله الواقع على اصدار المعلومات الله و فهمته و هو قابل للإلغاء بأمر خصي مني نموذج المواققة هذا و فهمته و هو قابل للإلغاء بأمر نمي في أي وقت من اللوقات و يستثنى من ذلك المعلومات التي المصدية للا يمكنهم ضمان تسريب المعلومات التي المصدية للا يمكنهم ضمان تسريب المعلومات الخاصة بي ولذلك أن أعفي المستشفي و مقدمي الخدمة الصحية للا يمكنهم ضمان تسريب الله المعلومات الخاصة بي ولذلك أن أعفي المستشفي من أي مسئولية قانونية المعلومات الخاصة بي ولذلك أن أعفي المستشفي من أي مسئولية قانونية المعلومات الخاصة بي ولذلك أن أعفي المستشفي من أي مسئولية قانونية المعلومات الخاصة بي ولذلك أن أعفي المستشفي من أي مسئولية قانونية المعلومات الخاصة بي ولذلك أن أعفي المستشفي من أي مسئولية قانونية المعلومات الخاصة بي ولذلك أن أعفي المستشفي من أي مسئولية قانونية المعلومات الخاصة بي ولذلك أن أعفي المستشفي من أي مسئولية قانونية المعلومات الخاصة بي ولذلك أن أعفي المستشفي من أي مسئولية قانونية المعلومات الخاصة بي ولذلك أن أعفي المستشفي من أي مسئولية قانونية المعلومات الخاصة بي ولذلك أن أعفي المستشفي من أي مسئولية قانونية المعلومات الخاصة بي ولذلك أن أعفي المستشفي من أي مسئولية قانونية المعلومات الخاصة بي ولذلك أن أعفي المستشفي من أي مسئولية المعلومات المعلو				ne Deficiency			ئي و عليه	اب الكبد الوبا	ة – الايدز أو الته	المكتسب	
الله المحدود على الله الله الله الله الله الله الله ال	<u> </u>	_	50.		1					. —	
revocation only at any time except to the extent that the person who is to make disclosure has already acted in reliance on it. I understand that my health care provider cannot guarantee that the recipient will not redisclose my health information to a third party. The third party may not be required to abide by this Authorization or applicable state law governing the use and disclosure of my health information. Accordingly, my health care provider shall be discharged from any liability with respect to any use of my health information by the recipient. This consent is valid for Life Time/ Unless is revoke by the patient. Date of Request: I would like to receive the report by: F - mail		L									
is to make disclosure has already acted in reliance on it I understand that my health care provider cannot guarantee that the recipient will not redisclose my health information to a third party. The third party may not be required to abide by this Authorization or applicable state law governing the use and disclosure of my health information. Accordingly, my health care provider shall be discharged from any liability with respect to any use of my health information by the recipient. This consent is valid for Life Time/ Unless is revoke by the patient. Date of Request: I would like to receive the report by: Would like to receive the report by: Decimple and part of the patient of the patien						~					
المه المعدوم المعدوماتي الصحية لطرف آخر غير المحدد في هذا الاقرار بعد تسلمه مهاولية قانونية المعدوماتي الصعومات الخاصة أخر غير المحدد في هذا الاقرار بعد تسلمه مهاولية قانونية المعدومات المعدو		•		•	ومات التي	ذلك المعل	، یستثنی من				
recipient will not redisclose my health information to a third party. The third party may not be required to abide by this Authorization or applicable state law governing the use and disclosure of my health information. Accordingly, my health care provider shall be discharged from any liability with respect to any use of my health information by the recipient. This consent is valid for Life Time/ Unless is revoke by the patient. Date of Request: I would like to receive the report by: E - mail								-			
The third party may not be required to abide by this Authorization or applicable state law governing the use and disclosure of my health information. Accordingly, my health care provider shall be discharged from any liability with respect to any use of my health information by the recipient. This consent is valid for Life Time/ Unless is revoke by the patient. Date of Request: I would like to receive the report by: E - mail السريد الدكتروني In person / بنفسي/ In person / البريد الدكتروني Postal mail/ البريد الدكتروني Patient's Signature: Patient Representative Name/ سممثل المريض Relationship to Patient/ البرياة الشخصية و البطاقة الشخصية و المحلوة و البطاقة الشخصية و المحلوة و البطاقة الشخصية و البطاقة الشخصية و المحلوة و البطاقة الشخصية و المحلوة و البطاقة الشخصية و المحلوة و البطاقة الشخصية و البطاقة الشخصية و المحلوة و البطاقة الشخصية و البطاقة الشخصية و البطاقة الشخصية و المحلوة و البطاقة الشخصية و البطاقة الشخصية و البطاقة الشخصية و المحلوة و البطاقة الشخصية و المحلوث و البطاقة الشخصية و البطاقة الشخصية و المحلوث و البطاقة الشخصية و المحلوث و المحلوث و البطاقة الشخصية و المحلوث و المحلوث و البطاقة الشخصية و المحلوث و المحلوث و المحلوث و البطاقة الشخصية و المحلوث	•		_								
applicable state law governing the use and disclosure of my health information. Accordingly, my health care provider shall be discharged from any liability with respect to any use of my health information by the recipient. This consent is valid for Life Time/ Unless is revoke by the patient. Date of Request: I would like to receive the report by: E - mail المريض In person / بنفسي/ In person / بنفسي/ Postal mail/ البريد الدكتروني Postal mail/ البريد الدكتروني Patient's Signature: Patient Representative Name/ المريض Patient Representative Name/ المريض Postal mail/ المريض Patient Representative Name/ المريض Patient Representative N											
information. Accordingly, my health care provider shall be discharged from any liability with respect to any use of my health information by the recipient. This consent is valid for Life Time/ Unless is revoke by the patient. Date of Request: I would like to receive the report by: E - mail البريد اللكتروني البريد اللكتروني المريض Postal mail البريد اللكتروني Hand to representative Postal mail البريد اللكتروني Postal mail المريض Postal mail المريض Postal mail المريض Postal mail Date of Representative Postal mail Date of Representative Date of Representativ					ىتولية فاتونية						
discharged from any liability with respect to any use of my health information by the recipient. This consent is valid for Life Time/ Unless is revoke by the patient. Date of Request: I would like to receive the report by: E - mail البريد الدكتروني In person / بنفسي Postal mail/ البريد الدكتروني Postal mail/ البريد الدكتروني Patient's Signature: Patient Representative Name/ صقة القرابة Relationship to Patient/ البطاقة الشخصية ID No / البطاقة الشخصية ID No / البطاقة الشخصية In person / المرتض In person / البطاقة الشخصية ID No / ID ID No / ID		_			· ·						
information by the recipient. This consent is valid for Life Time/ Unless is revoke by the patient. Date of Request: I would like to receive the report by: E - mail البريد الدكتروني In person / بنفسي In person / البريد الدكتروني Hand to representative البريد الدكتروني Postal mail البريد الدكتروني Patient's Signature: Patient Representative Name / المريض Relationship to Patient/ علة القرابة Belationship to Patient وقم البطاقة الشخصية المريض	information. Accordingly, n	ny health care	provider sh	nall be	هذا الافرار ساري شدي انجياه شمر اصم بصف						
This consent is valid for Life Time/ Unless is revoke by the patient. Date of Request: I would like to receive the report by: E - mail البريد الدكتروني In person / بنفسي In person / البريد الدكتروني Hand to representative البريد الدكتروني Postal mail البريد الدكتروني Patient's Signature: Patient Representative Name / اسم ممثل المريض Relationship to Patient/ علة القرابة المحتوة الشخصية المريض المالة الشخصية المالة المالة الشخصية المالة المالة المالة المالة الشخصية المالة المالة المالة المالة المالة الشخصية المالة الم	discharged from any liabili										
Date of Request: I would like to receive the report by: E - mail المريد المطلوبة عن طريق Postal mail البريد الكتروني Hand to representative البريد الكتروني Postal mail البريد الكتروني Patient's Signature: Patient Representative Name السم ممثل المريض Relationship to Patient القرابة Date of Request:	information by the recipien	nt.									
ا الإلا التفارير المطلوبة عن طريق Postal mail البريد الدكتروني Hand to representative البريد الدكتروني Postal mail البريد الدكتروني Patient's Signature: Patient Representative Name السم ممثل المريض Patient Representative Name المريض Patient Representative Name المريض Patient Representative Name المريض Patient Representative Name المريض Patient Representative Name المريض Patient Representative Name المريض Patient Representative Name المريض Patient Representative Name المريض Patient Representative Name Patient Representative Na	This consent is valid for Lif	fe Time/ Unles	s is revoke	by the patient.							
E - mail البريد الدكتروني Postal mail البريد الدكتروني Hand to representative التسليم لمن أفوضه Patient's Signature: Patient Representative Name اسم ممثل المريض Relationship to Patient مرابخ القرابة Patient Representative Name المريض Patient Representative Name المريض Postal mail	Date of Request:								لب	تاريخ الط	
Patient's Signature: Patient Representative Name/ اسم ممثل المريض Relationship to Patient/ صلة القرابة D No / رقم البطاقة الشخصية		· <u> </u>		_	7		7			_	
Patient Representative Name/ اسم ممثل المريض Relationship to Patient/ صلة القرابة ID No / رقم البطاقة الشخصية	البريد الاكتروني E - mail	In perso	بنفسي/ nn		Postal mail/	البريد	Hand to re	presentativ	، لمن أفوضه /e/	التسليه	
Relationship to Patient/ صلة القرابة ID No / رقم البطاقة الشخصية									مريض	توقيع ال	
المخصية / ID No رقم البطاقة الشخصية / ID No	-		اسم م								
التوقيع /Signature											
	التوقيع /Signature										

Report Reviwed By :										Signature and stamp:					
Date:															