

Patient Registration Record

بيانات تسجيل مريض

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

Date:/...../..... 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: (الإجتماعية الحالة) ☐ Single (أعزب) ☐ Married (متزوج) ☐ Others (أخرى)

Nationality: _____ Religion: _____ Language: _____
الجنسية :

Home Address: _____ العنوان :

CONTACTS DETAILS:

بيانات الإتصال :

Phone Home : _____ Work: _____ Mobile: _____

_____ المنزل: _____ العمل: _____ الهاتف 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 (إماراتي الجنسية) ☐ 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 الأمر :

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:

للإتصال 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

If Patient is a Minor
Responsible Party's Signature توقيع ولي الأمر

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

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