TELEMEDICINE PATIENT CONSENT

نموذج موافقة المريض على خدمات الاستشارة عن بُعد

1. I understand and agree that I have chosen to engage in a **Telemedicine consultation** (or teleconsultation through either video or phone or both) and/or ("**Assessment Call**") with the purpose of assessing my medical condition and/or screening my suitability for further medical treatments ("**Subsequent Treatments**") for me and/or dependents.
2. I confirm that I understand how the telemedicine consultation technology will be used, and this Assessment Call and/or any telemedicine-based services will not be the same as a direct in person patient/healthcare provider visit, as I will not be in the same room as my healthcare provider. Since the healthcare provider does not have the opportunity to meet with me in person, the healthcare provider must rely on information provided by me or my primary healthcare provider/s. I confirm that all medical records, reports and images shared by me with the healthcare provider for the Assessment Call are recent, accurate and complete. I understand that Mediclinic reserves the right to decline or limit Assessment Calls and Subsequent Treatments if the information provided by me is outdated or insufficient to support a professional medical assessment. I also understand that Mediclinic shall not be held liable for any adverse outcomes resulting from incomplete or inaccurate information provided by me.
3. I understand that no medication, treatment plans or further medical testing will be prescribed during the Assessment Calls, as these calls are not intended to constitute medical treatment or advice. The sole purpose of an Assessment Call is to create a confidential forum for Mediclinic doctors to assess my suitability for possible Subsequent Treatments at a Mediclinic facility in the UAE.
4. I understand and agree that I may benefit from the Assessment Calls and/or any telemedicine-based services and possible Subsequent Treatments, but those results cannot be guaranteed or assured. Additionally, I understand that telemedicine-based services such as Assessment Calls may not be as complete as in-person services. I also understand that if the telemedicine healthcare provider is of the opinion that I would be better served by another form of consultation (e.g., in-person services) I will be asked to visit a clinic, hospital, general practitioner, or specialist who can provide such services in my area. Mediclinic doctors will not be responsible for any advice, recommendations and/or decisions made, based on incomplete or inaccurate information provided by myself or others. Any post procedure follow-up after Subsequent Treatments must be conducted in person by a healthcare provider.
5. I understand and agree that Mediclinic incorporates network and software security protocols to protect confidentiality of patient identification in its used electronic systems and imaging data. Mediclinic further includes measures to safeguard the data and to ensure its integrity against intentional and unintentional corruption in accordance with United Arab Emirates ("**UAE**") laws and regulations.
6. I understand and agree there are potential risks to this technology, including interruptions, unauthorized access, and technical difficulties. I understand that Mediclinic or I can discontinue the Assessment Call and/or Teleconsultation if it is felt that the internet connection is not adequate or reliable.
7. I understand and agree that the Assessment Calls and/or any telemedicine-based services solely provided by Mediclinic. However, the video-calling technology and access to the teleconsultation service is provided by a third party, approved by the UAE's Telecommunications and Digital Government Regulatory Authority.
8. I understand and agree that I can ask that the Assessment Calls and/or any telemedicine-based services be stopped at any time and for any reason.
9. I understand and agree that my personal data and health information (for example but not limited to, diagnosis code and description along with procedures and medications, family history, medical history, allergies, etc.) will be collected and documented in my medical record at Mediclinic as required in terms of the applicable Laws and Regulations. This information may also be shared with the relevant Department of Health or regulatory authority, authorized personnel of Mediclinic for claim adjudication and processing, scheduling and billing purposes. Other authorized clinical or non-clinical personnel of Mediclinic (e.g. a nurse, medical student, translator or IT assistance) may also be present during the Assessment Calls and/or any telemedicine-based services to support the technology and video platform. This may include medical students observing the Assessment Call as part of their supervised clinical training. The above-mentioned staff will maintain their duty of confidentiality and shall not unlawfully disclose any information obtained. For further information, in particular my rights related to my records, I am aware that I may consult the Patient Privacy Notice.
10. I further understand that I will be informed of their presence in the consultation and thus will have the right to request that:
    10.1. Non-clinical personnel or medical students leave the telemedicine consultation room; or
    10.2. The Assessment Call be terminated at any time.
11. I understand and agree that Assessment Calls and/or any telemedicine-based services are not intended for emergency consultations, and I am aware that I need to contact local emergency services in case of any doubt. In an emergency, I understand that it is my responsibility to advise my local practitioner of such an emergency and seek treatment.
12. I understand and agree that if I have any questions regarding the risks, benefits, and alternatives, I am able to contact Mediclinic for clarification. I understand that the information will be provided to me in the language that I understand. These risks include, but may not be limited to:
    12.1. in rare cases, information transmitted may be insufficient for healthcare decision-making;
    12.2. disruptions can occur due to failures of electronic equipment or internet connection; and
    12.3. in rare cases, security breaches may occur causing a breach of confidentiality.
    12.4. in rare cases, a lack of access to complete health records and physical exams may result in judgement errors.
13. I understand and agree that responsible and appropriate efforts have been made to eliminate any confidentiality of risks associated with Assessment Calls and/or any telemedicine-based services. All existing confidentiality protections under UAE federal laws and local regulation apply to information disclosed during this Assessment Call.
14. To maintain patient-doctor confidentiality I shall under no circumstance record and/or distribute the link or the content of my telemedicine consultation to any person whatsoever.

TELEMEDICINE PATIENT CONSENT

نموذج موافقة المريض على خدمات الاستشارة عن بُعد

15. I understand that the Assessment Calls and/or any telemedicine-based services may be recorded by Mediclinic for training purposes, quality assurance, and regulatory requirements. I understand that clinical information and audio or video recordings (if any) from this Assessment Call may be processed – either manually or by advanced technologies such as artificial intelligence (AI) – to support clinical treatment and documentation, patient care, quality assurance and improvement, education, research, analytics, and approved product development within Mediclinic Middle East and its authorized partners. Any AI-generated data will be reviewed and validated under clinical supervision before it is utilized and added to my medical record.
16. I understand and agree that I have the right to withdraw consent at any time without affecting my right to future care or treatment nor risking the loss or withdrawal of any program benefits to which I would otherwise be entitled.
17. I agree that any disputes that arise from the Assessment Calls and/or any telemedicine-based services will be raised with Mediclinic in the first instance. All disputes arising out of or in connection with this consent form, the Assessment Call, any Subsequent Treatments, or any related claims shall be governed by and interpreted in accordance with the laws of the Emirate in which the relevant Mediclinic doctor is licensed and based. Any dispute, claim, or controversy arising out of or relating to the foregoing shall be subject to the exclusive jurisdiction of the courts of that Emirate.
18. I understand and agree that if I am physically located outside the UAE, the consultation will be limited to an Assessment Call. I will receive general information about potential treatment options at Mediclinic Middle East facilities. It is not the purpose of the Assessment Call to diagnose, advise, manage or treat any medical condition which I may have. The purpose of the Assessment Call is to ascertain treatment options available in the UAE at Mediclinic Middle East facilities.
19. This consent may be made available in other languages. In case of doubt, ambiguity, or inconsistency, the Arabic version shall prevail.
20. I agree to contact Mediclinic Middle East for clarification of any unclear point before continuing with the service.
21. By ticking the box on the digital form, or replying to the Consent SMS, or email containing this consent document and beginning the Assessment Call and/or telemedicine-based services, I certify that:
    - 21.1. I have read or had this form read and/or had this form explained to me.
    - 21.2. I understand that Mediclinic is responsible for providing Assessment Calls if I am outside of UAE, through licensed healthcare professionals, maintaining confidentiality and data privacy, and delivering care in accordance with UAE laws and regulations. I will be responsible for providing complete and accurate medical information, following medical advice and instructions, refraining from recording or distributing any part of the Assessment Call, and seeking emergency care from local services when required. Mediclinic shall not be held liable for any adverse outcomes resulting from incomplete or inaccurate information provided by me.
    - 21.3. I fully understand its contents, including the risks and benefits of using the service.
    - 21.4. I have been given ample opportunity to ask questions, and any questions have been answered to my satisfaction.
    - 21.5. I freely give my informed consent and volunteer to engage in Telemedicine services or Assessment Calls for me and/or dependents.

ميديكلينيك
MEDICLINIC

TELEMEDICINE PATIENT CONSENT
نموذج موافقة المريض على خدمات الاستشارة عن بُعد

1. أفهم وأوافق على أنني اخترت المشاركة في استشارة طبية عن بُعد سواء عبر الفيديو أو الهاتف أو كليهما و/أو مكالمة تقييم، وذلك لغرض تقييم حالتي الطبية و/أو فحص مدى ملاءمتي لتلقي علاجات طبية لاحقة لي و/أو للمعالين.
2. أؤكد أنني أفهم كيفية استخدام تقنية الاستشارة الطبية عن بُعد، وأن مكالمات التقييم و/أو أي خدمات قائمة على الطب عن بعد لا تُعد بديلًا عن الزيارة الحضورية المباشرة بين المريض ومقدم الرعاية الصحية، حيث لن أكون في نفس المكان مع مقدم الرعاية الصحية. وبما أن مقدم الرعاية الصحية لا تتاح له فرصة مقابلتي شخصيًا، فإنه يعتمد على المعلومات التي أقدمها أنا أو مقدم الرعاية الصحية الأساسي الخاص بي. وأؤكد أن جميع السجلات الطبية والتقارير والصور التي أشاركها مع مقدم الرعاية الصحية لغرض مكالمة التقييم حديثة ودقيقة وكاملة. وأفهم أن ميديكلينيك تحتفظ بالحق في رفض أو تقييد مكالمات التقييم أو العلاجات اللاحقة إذا كانت المعلومات المقدمة غير محدثة أو غير كافية لدعم تقييم طبي مهني. كما أفهم أن ميديكلينيك لا تتحمل أي مسؤولية عن أي نتائج سلبية ناتجة عن معلومات غير مكتملة أو غير دقيقة قدمتها.
3. أفهم أنه لن يتم وصف أي أدوية أو خطط علاجية أو فحوصات طبية إضافية خلال مكالمات التقييم، حيث إن هذه المكالمات لا تهدف إلى تقديم علاج طبي أو مشورة طبية. والغرض الوحيد من مكالمة التقييم هو توفير إطار سري لأطباء ميديكلينيك لتقييم مدى ملاءمتي لتلقي علاجات طبية لاحقة محتملة في منشآت ميديكلينيك في دولة الإمارات العربية المتحدة.
4. أفهم وأوافق على أنني قد أستفيد من مكالمات التقييم و/أو أي خدمات قائمة على الطب عن بعد والعلاجات اللاحقة المحتملة، إلا أن هذه النتائج لا يمكن ضمانها أو التعهد بها. كما أفهم أن الخدمات الطبية المقدمة عن بُعد مثل مكالمات التقييم قد لا تكون شاملة بنفس مستوى الخدمات الحضورية. وأفهم أيضًا أنه في حال رأى مقدم الرعاية الصحية عن بُعد أن مصلحتي تقتضي نوعًا آخر من الاستشارات مثل الزيارة الحضورية، فسيُطلب مني زيارة عيادة، أو مستشفى، أو طبيب عام، أو أخصائي يمكنه تقديم هذه الخدمات في منطقتي. ولن يكون أطباء ميديكلينيك مسؤولين عن أي نصائح أو توصيات أو قرارات يتم اتخاذها بناءً على معلومات غير مكتملة أو غير دقيقة قدمتها أنا أو غيري. كما يجب إجراء أي متابعة بعد العلاجات اللاحقة حضورياً من قبل مقدم رعاية صحية.
5. أفهم وأوافق على أن ميديكلينيك تطبق بروتوكولات أمنية للشبكات والبرمجيات لحماية سرية هوية المرضى في أنظمتها الإلكترونية وبيانات التصوير المستخدمة. كما تعتمد ميديكلينيك إجراءات لحماية البيانات وضمان سلامتها من أي تلف متعمد أو غير متعمد، وذلك وفقًا لقوانين وأنظمة دولة الإمارات العربية المتحدة.
6. أفهم وأوافق على وجود مخاطر محتملة مرتبطة بهذه التقنية، بما في ذلك الانقطاعات أو الوصول غير المصرح به أو الصعوبات التقنية. وأفهم أنه يحق لي أو لميديكلينيك إيقاف مكالمات التقييم و/أو أي خدمات قائمة على الطب عن بعد إذا تبين أن اتصال الإنترنت غير كافٍ أو غير موثوق.
7. أفهم وأوافق على أن مكالمات التقييم و/أو أي خدمات قائمة على الطب عن بعد تُقدم حصريًا من قبل ميديكلينيك، إلا أن تقنية مكالمات الفيديو وإتاحة خدمة الاستشارة عن بُعد مقدمة من طرف ثالث معتمد من هيئة تنظيم الاتصالات والحكومة الرقمية في دولة الإمارات العربية المتحدة.
8. أفهم وأوافق على أن لي الحق في طلب إيقاف مكالمة التقييم و/أو الاستشارة عن بُعد في أي وقت ولأي سبب.
9. أفهم وأوافق على أن بياناتي الشخصية والمعلومات الصحية الخاصة بي مثل وليس على سبيل الحصر رموز وتشخيصات الأمراض والإجراءات والأدوية والتاريخ العائلي والتاريخ الطبي والحساسية وغيرها سيتم جمعها وتوثيقها في سجلي الطبي لدى ميديكلينيك وفقًا للقوانين والأنظمة المعمول بها. كما قد يتم مشاركة هذه المعلومات مع دائرة الصحة المختصة أو الجهة التنظيمية ذات العلاقة، ومع الموظفين المخولين في ميديكلينيك لأغراض تسوية المطالبات، والمعالجة، وجدولة المواعيد، والفوترة. وقد يتواجد أيضًا خلال مكالمات التقييم و/أو أي خدمات قائمة على الطب عن بعد موظفون سريريون أو غير سريريين مخولون من ميديكلينيك مثل الممرضين، أو طلاب الطب، أو المترجمين، أو دعم تقنية المعلومات لدعم التقنية ومنصة الفيديو. وقد يشمل ذلك طلاب الطب الذين يراقبون مكالمة التقييم كجزء من تدريبهم السريري تحت الإشراف. ويلتزم جميع المذكورين بواجب السرية وعدم الإفصاح غير القانوني عن أي معلومات يتم الحصول عليها. ولمزيد من المعلومات، وبالأخص فيما يتعلق بحقوقي المرتبطة بسجلاتي، أعلم أنه يمكنني الرجوع إلى إشعار خصوصية المرضى.
10. أفهم كذلك أنه سيتم إبلاغي بوجود أي من الأشخاص المذكورين أثناء الاستشارة، وبالتالي يحق لي طلب: 10.1. مغادرة الموظفين غير السريريين أو طلاب الطب لغرفة الاستشارة الطبية عن بُعد، أو 10.2. إنهاء مكالمة التقييم في أي وقت.
11. أفهم وأوافق على أن مكالمات التقييم و/أو أي خدمات قائمة على الطب عن بعد غير مخصصة للحالات الطارئة، وأدرك أنه يتوجب على الاتصال بخدمات الطوارئ المحلية في حال وجود أي شك. وفي حالات الطوارئ، أفهم أن من مسؤوليتي إبلاغ مقدم الرعاية الصحية المحلي وطلب العلاج اللازم.
12. أفهم وأوافق على أنه في حال كان لدي أي استفسار بشأن المخاطر أو الفوائد أو البدائل، يمكنني التواصل مع ميديكلينيك للحصول على الإيضاح، وأفهم أن المعلومات ستُقدم لي باللغة التي أفهمها. وتشمل هذه المخاطر على سبيل المثال لا الحصر:
    12.1. في حالات نادرة قد تكون المعلومات المنقولة غير كافية لاتخاذ قرارات طبية، 12.2. قد تحدث انقطاعات بسبب أعطال في الأجهزة الإلكترونية أو اتصال الإنترنت، 12.3. في حالات نادرة قد تحدث خروقات أمنية تؤدي إلى انتهاك السرية،
    12.4. في حالات نادرة قد يؤدي عدم توفر السجلات الصحية الكاملة والفحص البدني إلى أخطاء في التقدير الطبي.

TELEMEDICINE PATIENT CONSENT
نموذج موافقة المريض على خدمات الاستشارة عن بُعد

13. أفهم وأوافق على أنه تم بذل الجهود المناسبة والمسؤولة للحد من أي مخاطر تتعلق بالسرية المرتبطة بمكالمات التقييم و/أو أي خدمات قائمة على الطب عن بعد، وأن جميع تدابير حماية السرية المنصوص عليها في القوانين الاتحادية واللوائح المحلية في دولة الإمارات العربية المتحدة تنطبق على المعلومات التي يتم الإفصاح عنها خلال مكالمة التقييم.
14. حفاظًا على سرية العلاقة بين المريض والطبيب، أتعهد بعدم تسجيل و/أو مشاركة رابط أو محتوى الاستشارة الطبية عن بُعد مع أي شخص تحت أي ظرف.
15. أفهم أن ميديكلينيك قد تقوم بتسجيل مكالمات التقييم و/أو أي خدمات قائمة على الطب عن بعد عن بعد لأغراض التدريب وضمان الجودة والمتطلبات التنظيمية. وأفهم أن المعلومات السريرية والتسجيلات الصوتية أو المرئية إن وجدت الناتجة عن مكالمة التقييم قد تتم معالجتها يدويًا أو باستخدام تقنيات متقدمة مثل الذكاء الاصطناعي لدعم العلاج السريري والتوثيق ورعاية المرضى وضمان الجودة والتحسين والتعليم والبحث والتحليل وتطوير المنتجات المعتمدة داخل ميديكلينيك الشرق الأوسط وشركائها المخولين. وسيتم مراجعة واعتماد أي بيانات ناتجة عن الذكاء الاصطناعي تحت إشراف سريري قبل استخدامها وإضافتها إلى سجلي الطبي.
16. أفهم وأوافق على أن لي الحق في سحب موافقتي في أي وقت دون أن يؤثر ذلك على حقي في الحصول على الرعاية أو العلاج مستقبلًا، ودون المخاطرة بفقدان أو سحب أي من مزايا البرامج التي أستحقها.
17. أوافق على أن أي نزاع ينشأ عن مكالمات التقييم و/أو أي خدمات قائمة على الطب عن بعد سيتم طرحه على ميديكلينيك في المقام الأول. وتخضع جميع النزاعات الناشئة عن أو المتعلقة بنموذج الموافقة هذا، أو مكالمة التقييم، أو أي علاجات لاحقة، أو أي مطالبات ذات صلة لقوانين الإمارة التي يكون فيها طبيب ميديكلينيك المعني مرخصًا ومقيمًا، ويتم تفسيرها وفقًا لها. وتكون لمحاكم تلك الإمارة الولاية القضائية الحصرية للنظر في أي نزاع أو مطالبة أو خلاف ينشأ عن ذلك.
18. أفهم وأوافق على أنه في حال كنت متواجدًا فعليًا خارج دولة الإمارات العربية المتحدة، فإن الاستشارة ستقتصر على مكالمة تقييم فقط، وسأتلقى معلومات عامة حول خيارات العلاج المحتملة في منشآت ميديكلينيك الشرق الأوسط. ولا تهدف مكالمة التقييم إلى تشخيص، أو تقديم مشورة، أو إدارة، أو علاج أي حالة طبية قد أعاني منها، وإنما تهدف إلى تحديد خيارات العلاج المتاحة في دولة الإمارات العربية المتحدة لدى منشآت ميديكلينيك الشرق الأوسط.
19. قد يتوفر هذا النموذج بلغات أخرى، وفي حال وجود أي تعارض أو غموض أو اختلاف، يُعتد بالنص العربي.
20. أوافق على التواصل مع ميديكلينيك الشرق الأوسط للحصول على توضيح لأي نقطة غير واضحة قبل الاستمرار في الخدمة.
21. من خلال وضع علامة الموافقة في النموذج الإلكتروني أو الرد على رسالة الموافقة النصية أو البريد الإلكتروني المتضمن لهذا النموذج والبدء في مكالمة التقييم أو أي خدمات الاستشاره عن بعد ، أقر وأؤكد ما يلي:
    21.1. أنني قرأت هذا النموذج أو تمت قراءته و/أو شرحه لي،
    21.2. أنني أفهم أن ميديكلينيك مسؤولة عن تقديم مكالمات التقييم في حال كنت خارج دولة الإمارات العربية المتحدة من خلال كوادر صحية مرخصة، مع الالتزام بالسرية وحماية البيانات وتقديم الرعاية وفقًا لقوانين وأنظمة دولة الإمارات العربية المتحدة، وأنني أتحمل مسؤولية تقديم معلومات طبية كاملة ودقيقة واتباع التعليمات الطبية والامتناع عن تسجيل أو مشاركة أي جزء من مكالمة التقييم وطلب الرعاية الطارئة من الخدمات المحلية عند الحاجة، وأن ميديكلينيك لا تتحمل أي مسؤولية عن أي نتائج سلبية ناتجة عن معلومات غير مكتملة أو غير دقيقة قدمتها، 21.3. أنني أفهم تمامًا محتوى هذا النموذج بما في ذلك المخاطر والفوائد المرتبطة باستخدام الخدمة،
    21.4. أنه أُتيحت لي الفرصة الكافية لطرح الأسئلة وتمت الإجابة عنها بما يرضيني،
    21.5. أنني أقدم موافقتي المستنيرة بحرية وأتطوع للمشاركة في خدمات الطب عن بُعد أو مكالمات التقييم لي و/أو للمعالين.