



المستشفى الأمريكي
AMERICAN HOSPITAL
DUBAI دبي

Delivering better health in the Middle East

طلب تسجيل
PRE REGISTRATION FORM



PATIENT LABEL

Family Name _____ اسم العائلة	
First Name _____ الاسم الأول	
Second Name _____ الاسم الثاني	
Sex Male <input type="checkbox"/> ذكر	Female <input type="checkbox"/> أنثى
ID type _____ نوع إثبات الشخصية	ID No. _____ رقم إثبات الشخصية
Religion _____ الديانة	Occupation _____ المهنة
Mobile No. _____ رقم الهاتف المتحرك	Nationality _____ الجنسية
Home Tel. _____ رقم هاتف المنزل	Date Of Birth ____ / ____ / ____ تاريخ الميلاد Age _____ العمر
Work No. _____ رقم هاتف العمل	(Day/Month/Year)
	Marital Status _____ الحالة الاجتماعية
Local Address _____ العنوان الدائم	Employer Name _____ اسم الكفيل
PO Box _____ ص. ب.	Address _____ العنوان
Resident Area _____ مكان الإقامة	
International Address _____ العنوان خارج الإمارات	
Email _____ بريد الإلكتروني	
Next of Kin احد الأقارب او المعرفين	
Name _____ الاسم	Name _____ الاسم
Address _____ العنوان	Address _____ العنوان
Occupation _____ المهنة	Occupation _____ المهنة
Contact No _____ رقم الهاتف	Contact No _____ رقم الهاتف
Relationship _____ صلة القرابة	
Guarantor details الكفيل او الضامن	
Same as Patient <input type="checkbox"/> المريض نفسه	Same as Next of Kin <input type="checkbox"/> المعرف او القريب
Name _____ الاسم	Name _____ الاسم
Address _____ العنوان	Address _____ العنوان
Work Address _____ عنوان العمل	Work Address _____ عنوان العمل
Contact No _____ رقم الهاتف	Contact No _____ رقم الهاتف
Mode of Payment طريقة الدفع	
Insurance <input type="checkbox"/> تأمين	Company Paid <input type="checkbox"/> شركة
Cash <input type="checkbox"/> نقدا	
Insurance Co./ Employer شركة التأمين / اسم الكفيل	
Name _____ الاسم	Name _____ الاسم
Policy No. _____ رقم الوثيقة	Policy No. _____ رقم الوثيقة

Would you like to receive SMS on your mobile as an appointment Reminder? Yes No.

هل ترغب بإستلام رسائل نصية قصيرة على هاتفك المحمول لتذكيرك بمو عيذك في المستشفى؟ نعم لا

Choose Hospital because/ Referred to Hospital by (Please check one box)

Dr.

Insurance plan

Family

Friend

Close to home/work

Other

طبيب

إخترت المستشفى أو تم تحويلي إليها بواسطة (يرجى التأشير على واحد من الخيارات)

سبب آخر:

شركة تأمين

لقربها من بيتي او عملي

صديق

أحد أفراد العائلة

الرجاء ملاحظة:

- 1 تقع مسؤولية دفع الفاتورة على المريض شخصيا قبل مغادرته المستشفى.
- 2 إذا كانت طريقة الدفع عن طريق شركة التأمين و هي تغطي الفواتير الإقامة بالمستشفى في حال إدخال المريض فقط يجب دفع قيمة فواتير العيادات الخارجية والطوارئ مباشرة من قبل المريض:
- 3 إذا كانت طريقة الدفع من قبل الشركة التي تعمل بها، الرجاء تزويدنا برسالة من الشركة تؤيد ذلك.
- 4 في حالة إدخال المريض إلى أي قسم ما عدا العناية المركزة يجب إيداع مبلغ تأمين وقدره ١٠,٠٠٠ درهم أما بالنسبة للعناية المركزة فيجب إيداع مبلغ تأمين وقدره ٢٠,٠٠٠ درهم.
- 5 يرجى إرفاق نسخة مصورة من جواز السفر أو أية هوية تعريفية تحمل صورة شخصية.

Please Note:

1. It is the patient's responsibility to settle the bill before leaving the hospital
2. Agreement with the insurance company for direct billing covers inpatient services only according to their instructions it is required that outpatient/ emergency room be settled directly by the patient to the hospital
3. If the patient is covered by the company, we need a company letter
4. In case of admission a deposit of Dhs. 10000/- needed, if admission is to the intensive care unit Dhs. 20,000/- needs to be deposited.
5. Photocopy of passport or any ID is needed for identification purposes.