



**AlFardan Physiotherapy**  
الفردان للعلاج الطبيعي  
Physiotherapy & beyond...

**PATIENT REGISTRATION FORM**

بيانات المريض PATIENT INFORMATION					
CPR :		الرقم الشخصي :		Date : التاريخ :	
First Name: : العائلة :		Middle: : الثاني :		Family Name : الاسم الأول :	
الحالة الاجتماعية Marital Status:		أعزب <input type="checkbox"/> Single		متزوج <input type="checkbox"/> Married	
		مطلق <input type="checkbox"/> Divorced		أرمل <input type="checkbox"/> Widowed	
		أنثى <input type="checkbox"/> F		ذكر <input type="checkbox"/> M	
		Sex:		عدد الأطفال No of Children :	
Home address : عنوان السكن :					
Mailing address (if different from home address): عنوان الاتصال (إذا كان مختلفاً عن عنوان السكن) :					
هاتف المنزل Home phone: ( )		هاتف العمل Work phone: ( )		النقل Mobile: ( )	
		الجنسية Nationality:		تاريخ الميلاد Birth date: / /	
				العمر Age:	
Email: البريد الإلكتروني :					
المهنة Occupation:		اسم صاحب العمل Employer:		عنوان العمل Employer address:	
				تلفون العمل Employer phone: ( )	
Referred to center by (please check one box): أحيل إلى المركز بواسطة (اختر واحد من الخيارات) :					
أخرى <input type="checkbox"/> Other		أحد أفراد الأسرة <input type="checkbox"/> Family		صديق <input type="checkbox"/> Friend	
				مستشفى <input type="checkbox"/> Hospital	
				طبيب <input type="checkbox"/> Dr.	
Referring Physician / Hospital: اسم الطبيب / المستشفى :					
Other family members or friends seen here: أسماء أفراد الأسرة أو الصديق الذي يتعالج في المركز :					
Appointment Reminder Via: وسيلة التذكير للمواعيد :					
البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> Email		التلفون <input type="checkbox"/> Phone		لا أحتاج تذكير <input type="checkbox"/> No Reminder	





**AlFardan Physiotherapy**  
**الفردان للعلاج الطبيعي**  
Physiotherapy & beyond...

**بيانات التأمين**  
**INSURANCE INFORMATION**

(الرجاء تسليم بطاقة التأمين إلى موظف علاقات العملاء لأخذ نسخة منها وشكراً جزيلاً)  
(Please give your insurance card to the Customer Relation Officer for copying. Thank you.)

اسم شركة التأمين Insurance Company Name:	العنوان Address:	التلفون Phone: ( )
---	---------------------	--------------------------

رقم العضوية: Membership Number:	اسم ورقم المجموعة: Group Name / No:	قيمة المساهمة: Co-payment: د.ب. BD
---------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**في حالة الطوارئ**  
**IN CASE OF EMERGENCY**

إسم أحد الأقرباء أو الأصدقاء Name of local friend or relative (not living at same address):	علاقته بالمريض Relationship to patient:	هاتف المنزل Home phone: ( )	هاتف العمل Work phone: ( )
---	--	-----------------------------------	----------------------------------

**سياسة إلغاء المواعيد خلال ٢٤ ساعة**  
**24 HOURS CANCELLATION POLICY**

إذا ما حصل للمريض (المريضة) حادث أو طارئ لا يسمح الله بمنعه من حضور جلسة ما ضمن جدول مواعيده، نتوقع منه ان يخطرنا قبل ٢٤ ساعة أو أكثر بذلك وعندها لن يحتسب المركز رسوم العلاج وسيسمح له بتغيير موعد الجلسة شريطة ان يكون تغيير الموعد هو الأول في سجل المريض وان لا تكون الجلسة مدفوعة من قبل شركة تأمين أو طرف ثالث. نرجو التنبيه الى انه في حالة تغيير الموعد في نفس اليوم أو تغييره للمرة الثانية أو أكثر، عندها سيكون المركز مضطراً لاحتساب رسوم الجلسة دون تعويض عنها. يمكن للمريض الاتصال بنا للتحدث مع موظف علاقات العملاء لإبلاغنا بآية تغييرات على مواعيد المقرر مسبقاً قبل ٢٤ ساعة على الأقل من جلسة العلاج الخاصة به. وفي حالة الإلغاء الثاني أو أي إلغاء آخر يتم خارج فترة اخطار ال ٢٤ ساعة المطلوبة أو في حالة تخلف المريض عن جلسة العلاج دون اخطار، سوف يقوم المركز باحتساب أجرة الجلسة. وفيما لو مرض المعالج الخاص بالجلسة المدرجة في جدول الجلسات الخاصة بالمريض أو حصل له طارئ، سوف يقوم المركز بإبلاغ المريض وتخيره بين تبديل المعالج أو إعادة جدول الجلسة إلى وقت آخر يوافق عليه وسيؤجل احتساب رسوم الجلسة حتى حلول الموعد البديل.

بالإضافة إلى ذلك، عندما يقوم المريض بإلغاء المواعيد، سنبدل قصاري جهدنا للحد من تأثير ذلك على الجداول الزمنية للمعالج. وقد نقوم في بعض الأحيان بالاتصال بالمريض لمعرفة إمكانية نقل المواعيد إلى وقت آخر مناسب. نقدر بصدق مرونتك على احتواء هذا التغيير. وعلى نفس المنوال، إذا وجدت أن لديك تغيير في الجدول الزمني يتعارض مع موعدك المقرر مسبقاً، نرجو منك الاتصال بأسرع وقت ممكن لتحديد موعد آخر. إذا وقع تغيير الجدول الزمني المطلوب خارج فترة الإخطار ال ٢٤ ساعة ولكننا نستطيع استيعابه بسهولة فسوف لن يتم احتساب رسوم الجلسة.

Emergency situations and personal illnesses do occur that may make it impossible to keep a scheduled appointment. In such a case, the Center will delay charging you for the missed appointment fee, if it is the first cancellation notified before 24 hours or more and if it is not paid for by an insurance company or a third party. Please be advised that a second cancellation of an appointment or more or a cancellation within 24 hours will all result in the session being charged the usual fee. We encourage you to speak to our Customer Relations Officer to notify us of any change to your attendance of the scheduled appointment at least 24 hours before the appointment time. A second cancellation of an appointment or more or appointment cancellation within 24-hours or lack of notification altogether will all result in the session fee being charged as usual. On the other hand, should your therapist encounter an emergency situation or become ill for any session, you will be notified immediately giving the choice of taking the session with another therapist if possible or rescheduling your appointment with the same therapist for the same session fee.





## AlFardan Physiotherapy الفردان للعلاج الطبيعي

Physiotherapy & beyond...

### معلومات الدفع PAYMENT INFORMATION

يرتبط مركز الفردان للعلاج الطبيعي باتفاقية تعاون مع قائمة من شركات التأمين الصحي المحلية وتنظم هذه الاتفاقية عملية الدفع المباشر من هذه الشركات نيابة عن المؤمن عليهم لديها. إذا كانت شركة التأمين الخاصة بك غير مدرجة ضمن هذه القائمة، سيكون الدفع منك مباشرة وسنوفر لك الارصدة اللازمة لتساعدك فيما بعد على استرداد ما يمكن استرداده من مدفوعاتك من شركة التأمين الخاص بك. ننصح جميع المرضى على الاطلاع على مزايا بوليصة التأمين الخاصة بهم ومحاذيرها وحدود تغطيتها لكي يتمكنوا من الاستفادة القصوى منها ولكي يأخذوا كل ما يحتاجونه من مستندات وارصده. معرفة فوائد وحدود التأمين الخاص بك هي مسؤولية حامل البوليصة وليس للمركز اي دور في هذا الشأن.

في حالة المرضى القصر والذين يعتمدون على احد افراد اسرته في سداد رسوم علاجهم، سيقوم المركز بتزويدهم بما يحتاجونه من مستندات لمعالجتهم او لشركة التأمين بما في ذلك الفاتورة الخاصة بجلسات العلاج الطبيعي. ومع ذلك، فإن أي رصيد متبقي من الحساب هو مسؤولية الكبار، أو الوالدين أو الوصي المرافق للمريض الذي يتحمل المسؤولية المالية لجميع الخدمات التي يقدمها المركز ويتوجب عليه الموافقة على جميع البنود المدرجة في هذه الوثيقة قبل شروع المريض في جلسات العلاج.

#### شروط الاتفاق

أنا الموقع أدناه، وبموجب هذا الاتفاق أوافق على ما يلي:

- أن أدفع جميع المدفوعات المشتركة والحسابات المتبقية على من اكفلهم في وقت تقديم الخدمة. هذا الترتيب هو جزء من عقدي مع شركة التأمين وأنا أوافق على دفع المبالغ أو خصمها من حسابي في وقت حجز مواعيد العلاج.
- وأنا أدرك أن بعض وربما كل شيء، من الخدمات المستلمة قد تكون غير مغطاة، أو قد ترفض من قبل شركة التأمين، وأفهم بأنني مسؤول ماليًا عن كل رسوم لم تسدد من قبل شركة التأمين.
- سأقدم نسخة من بطاقة التأمين الحالية دليلاً على التغطية التأمينية الحالية. وسوف أخطر المركز بأي تغيير في معلوماتي، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، العنوان، رقم الهاتف أو تغطية التأمين وحدودها العامة والتفصيلية وتواريخ انتهائها.
- قد تحتاج شركة التأمين مني تزويدها ببعض المعلومات مباشرة. فمن واجبي الاستجابة لجميع الطلبات. وأنا أدرك أن التغطية التأمينية لا تضمن الدفع لجميع الخدمات.
- أشهد أن التغطية التأمينية كما أعطيتها للمركز وتحتوي جميع مزايا التأمين المطلوبة، ويسدد ذلك كل الخدمات المقدمة. وأنا أفهم بأنني مسؤول ماليًا عن جميع المبالغ التي لا تدفعها شركة التأمين. وأنا الموقع أدناه أموض المركز اعطاء جميع المعلومات اللازمة لشركة التأمين متى ما طلبت ذلك.

AlFardan Physiotherapy Center is connected with a number of local health insurance plans. If you are not insured by a plan connected with us, payment in full will be expected upfront from you. All insured patients are encouraged to contact their insurance provider for verification or clarification of allowed benefits. Knowing your insurance benefits and restrictions is your responsibility. Legally, the Center will bill your provider on trial basis. However, your fee and account balance dues with the Center is legally your prime responsibility and should the Center fails to get its dues paid by the insurance for any reason, you will held responsible for the payment. In the case of minors, their accounts are the responsibility of their adult companion, parent and/or guardians. They are financially responsible for paying the services rendered by the Center and he/she/they are hereby agreeing to all terms and conditions listed in here.

#### Terms of Agreement

I/we, the undersigned, hereby agree with the following:

- All co-payments and deductibles must be paid at the time of service. This arrangement is part of my contract with my insurance company. I agree to pay my co-payment and/or deductible at the time of booking my session schedule.
- I am aware that some, and perhaps all, of the services received may turn out to be not-covered, denied by my insurance company. I understand that I am financially responsible for all charges not paid by my insurance company and I hereby commit myself to this responsibility.
- I will present a copy of my current and valid insurance card to provide proof of my existing insurance coverage. I will notify the Center of any change in my card validity and my information, including but not limited to, address, phone number or insurance coverage.
- My insurance company may need me to supply certain information directly. It is my responsibility to comply with all these requests. I am aware that insurance coverage does not guarantee payment of services.
- I hereby certify that I have insurance coverage as provided to the Center and assign to it directly all insurance benefits, if any, otherwise payable to me for services rendered. I understand that I am financially responsible for all charges not paid by my insurance provider. I hereby authorize the release of all information necessary to secure the payment of benefits.





AlFardan Physiotherapy

الفردان للعلاج الطبيعي

Physiotherapy & beyond...

### إقرار التقييم والعلاج

### CONSENT FOR ASSESSMENT AND TREATMENT

تشمل تقنيات العلاج الطبيعي بالإضافة إلى التقنيات اليدوية، تقنيات التعامل مع العمود الفقري، وتقنية العلاج الكهربائي، والوضعية بالإبر وممارسة الرياضة. تدخل هذه التقنيات ضمن ما يمكن أن يوصي به المعالج /المعالج لك في برنامج علاجك. يتخذ مركز الفردان للعلاج الطبيعي سياسة شفافة في علاجك يطلعك فيها على برنامجك قبل البدء فيه لكي يستدرك على المشاركة الكاملة بغية الحصول على الفوائد وتحاشي الآثار الجانبية ما أمكن. نرجو الانصات لمعالجك / معالجتك لمعرفة المضاعفات المحتملة لبرنامج العلاج وتقنياته. نتوقع منك إبلاغ معالجك بمخاوفك وأسئلتك حول العلاج الموصي به دون تأخير حتى يتسنى له تعديل طريقة المعالجة و / أو تعديل العلاج. تقع على المريض مسؤولية المشاركة في جميع جوانب برنامج العلاج لضمان نجاحه بالشكل الأمثل. إذا اخترت عدم المشاركة، يجب إبلاغ المعالج بذلك على الفور.

بتوقيعك على هذه الاتفاقية، فانت تقر بتفهمك واتقائك مع السياسة المذكورة أعلاه وتجب بما معناه «أوافق على المشاركة في برنامج التقييم والعلاج الذي رسمه مركز الفردان للعلاج الطبيعي. كما انني تماما انه باستطاعتي سحب موافقتي كتابيا في أي وقت شاء».

Physiotherapy treatment techniques may include, but are not limited to, manual techniques, spinal manipulation, electrotherapeutic modalities, and acupuncture and sport exercises. One or a mixture of these techniques may be recommended to your treatment program. It is the policy of AlFardan Physiotherapy Center to ensure that the benefits, side effects, and potential complications of each of the recommended techniques are explained to you by your therapist. Before and throughout the program, should you have any concern or come across a question about the recommended treatment or its techniques, you must inform the therapist immediately so he/she can explain or adjust the treatment. It is your responsibility to participate in all treatment program aspect as it is imperative to the treatment success. If you choose not to participate, you must inform your therapist immediately.

I understand and agree with the above policy. I agree to participate in the assessment and treatment program explained by AlFardan Physiotherapy Center. I understand that I can withdraw my consent at any time.

Patient/Guardian Signature:

توقيع المريض/الوصي:

Date:

التاريخ: