

# استمارة الإفصاح عن السجلات الطبية

البيانات الشخصية للمريض  
يملأ بواسطة المريض/ولي الأمر/الوصي

الاسم بالكامل :

الجنس:

تاريخ الميلاد:

رقم عضوية الكوت للتأمين:

رقم بطاقة الهوية القطرية/جواز السفر:

عنوان البريد الإلكتروني:

رقم الهاتف الجوال:

اسم مقدم الخدمة الصحية/أو المؤسسة/أو الشخص المفوض للاطلاع على سجلاتي الطبية  
يملأ بواسطة المريض/ولي الأمر/الوصي

اسم مقدم الخدمة الصحية/أو المؤسسة/أو الشخص المفوض:

شركة الكوت للتأمين وإعادة التأمين (ش.م.ع.ق)  
 المبنى رقم 44 الشارع رقم 840 المنطقة رقم 24  
 شارع الروابي ص. ب. 24563  
 الدوحة - قطر

"اني الموقع أدناه، أفوض شركة الكوت للتأمين وإعادة التأمين بشكل كامل للإفصاح عن معلوماتي الشخصية والطبية للمؤسسة/الأشخاص المفوضون والمدرجين في هذا التفويض. أنا أدرك أن السجلات قد تحتوي على تفاصيل طبية كاملة بما في ذلك وعلى سبيل المثال لا الحصر تقارير طبية كاملة، ونتائج الفحوصات المخبرية والتشخيصية، وملاحظات الأطباء، وتفاصيل المرافق الطبية والأطباء العاملين، وتاريخ كامل للعلاجات والخدمات التي تمت. أدرك أنه يمكنني تفقد المعلومات التي أفصح عنها والحصول على نسخ منها. أدرك أن المعلومات المكشوفة وفقاً لهذا التفويض قد تخضع للكشف عنها مرة أخرى من قبل الجهة المستلمة. أدرك أن التفويض على استخدام أو كشف المعلومات المحددة في هذا التفويض هو اختياري وأنا لست ملزماً بتوقيع هذا النموذج لضمان العلاج الصحي. أدرك أن لدي الحق في سحب هذا التفويض في أي وقت باستثناء الحالات التي تم الإفصاح فيها بالفعل عن المعلومات بالاعتماد على هذا النموذج. لسحب هذا التفويض، يجب علي أن أقوم بذلك كتابياً وتقديمه إلى شركة الكوت للتأمين وإعادة التأمين. أنا أعفي شركة الكوت للتأمين وإعادة التأمين من جميع المسؤوليات القانونية والإلتزامات الناتجة عن الإفصاح عن أي معلومات وفقاً لشروط هذا التفويض الكتابي. وفقاً للقانون رقم (22) لسنة 2021 المتعلق بتنظيم خدمات الرعاية الصحية داخل دولة قطر، يجب على جميع الأطراف الإلتزام بالسرية وخصوصية أي من المعلومات المفصح عنها."

"لقد قرأت وفهمت تماماً البيانات أعلاه كما تنطبق علي، وأوافق على الإفصاح عن السجلات/المعلومات للأغراض المذكورة أعلاه."

## التوقيع بواسطة المريض/ولي الأمر/الوصي

|                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| اسم المريض/ولي الأمر/الوصي: | توقيع المريض/ولي الأمر/الوصي: |
| التاريخ:                    |                               |

## بيانات الوصي في حال التوقيع من قبل ولي الأمر/الوصي

|                      |                                         |
|----------------------|-----------------------------------------|
| صلة القرابة بالمريض: | رقم البطاقة الشخصية القطرية/جواز السفر: |
|                      |                                         |

شركة الكوت للتأمين وإعادة التأمين (ش.م.ع.ق)  
المبنى رقم 44 الشارع رقم 840 المنطقة رقم 24  
شارع الروابي ص. ب. 24563  
الدوحة - قطر