

TELEMEDICINE PATIENT CONSENT

1. I understand that I have chosen to engage in a video consultation with the purpose of assessing and treating my medical condition and/or obtaining general medical advice.
 2. I confirm that I understand how video consultation technology will be used and this consultation will not be the same as a direct patient/healthcare provider visit since I will not be in the same room as my healthcare provider. Since my doctors do not have the opportunity to meet with me face-to-face, they must rely on information provided by me or my onsite healthcare providers.
 3. I understand that I may benefit from telehealth, but that results cannot be guaranteed or assured. Additionally, I understand that telemedicine-based services and care may not be as complete as in-person services. I also understand that if the telemedicine doctor believes I would be better served by another form of consultation (e.g., in-person services) I will be asked to visit a clinic, hospital, GP, or specialist who can provide such services in my area. Mediclinic doctors cannot be responsible for advice, recommendations and/or decisions based on incomplete or inaccurate information provided by me or others.
 4. I understand there are potential risks to this technology, including interruptions, unauthorized access and technical difficulties. I understand that my telehealthcare provider (Mediclinic) or I can discontinue the video consultation if it is felt that the connection is not adequate or reliable.
 5. I understand that this service is solely provided by Mediclinic.
 6. I understand that I can ask that the telemedicine consultation be stopped at any time and for any reason.
 7. I understand that my healthcare information (for example but not limited to, diagnosis code and description along with procedures and medications, family history, medical history, allergies, etc.) may be shared with authorised personnel of Mediclinic for claim adjudication and processing, scheduling and billing purposes. Other authorised clinical or non-clinical personnel of Mediclinic (e.g. a nurse, translator or IT assistance) may also be present during the consultation other than my telehealthcare provider and consulting healthcare provider in order to support the technology and video platform. The above-mentioned people will all maintain their duty of confidentiality and not unlawfully disclose any information obtained. I further understand that I will be informed of their presence in the consultation and thus will have the right to request the following:
 - a) that non-clinical personnel leave the video consultation room: and / or
 - b) termination of the consultation at any time.
 8. I understand and I am aware of the alternative treatment options available to me, and I am choosing to participate in a video consultation. I understand that some parts of the exam involving physical tests may be conducted by clinical personnel at my location at the direction of the consulting healthcare provider.
 9. I understand that the service is 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 and that the telehealth provider's responsibility will conclude upon the termination of the video conference.
 10. I understand that if I have any questions regarding the risks, benefits and alternatives I am able to contact Mediclinic support staff for detailed clarification. I understand the information will be provided to me in a language that I understand.

These risks include, but may not be limited to:

 - In rare cases, information transmitted may be insufficient for healthcare decision-making.
 - Disruptions can occur due to failures of electronic equipment or internet connection.
 - In rare cases, security breaches may occur causing a breach of confidentiality.
 11. I understand that the laws that protect the confidentiality of my medical information also apply to telemedicine. As such, I understand that the information disclosed by me during the course of my call is confidential.
 12. In order to maintain patient-doctor confidentiality I shall under no circumstance record and/or distribute the link or the content of my telehealth consultation to any persons whatsoever.
 13. I understand 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.
- By ticking the box on the digital form, or replying to the email containing this consent document and beginning the video consultation, I certify that:
- I have read or had this form read and/or had this form explained to me.
 - I fully understand its contents including the risks and benefits of using the service.
 - I have been given ample opportunity to ask questions and that any questions have been answered to my satisfaction.
 - I freely give my informed consent and volunteer to engage in this telemedicine consultation.
 - I authorize Mediclinic Middle East and its doctors to review my medical details, discuss my health with me, and provide treatment advice as necessary.
14. I understand that the consultation may be recorded for quality assurance and training purposes.

الموافقة على خدمة الاستشارة عن بعد

1. أفهم أنني قد اخترت المشاركة في استشارة عن بعد بالاتصال المرئي بغرض تقييم حالتي الطبية وعلاجها و / أو الحصول على الاستشارة الطبية اللازمة بشكل عام.
2. أؤكد أنني أفهم طريقة استخدام تقنية الاستشارة عن بعد بالفيديو وأن هذه الاستشارة لن تكون مماثلة للزيارة المباشرة للمريض / مقدم الرعاية الصحية لأنتني لن أواجه في نفس الغرفة مع مقدم الرعاية الصحية الخاص بي. وبما أن الأطباء لا تتاح لهم الفرصة لمقابلتي وجهًا لوجه، فيجب عليهم الاعتماد على المعلومات التي قدمتها أنا أو من خلال مقدم الرعاية المتواجد في الموقع.
3. أفهم أنه يمكنني الاستفادة من خدمة الاستشارة عن بعد، ولكن لا يمكن التأكد هذه النتائج أو ضمانها. بالإضافة إلى ذلك، أفهم أن الخدمات والرعاية القائمة على الاستشارة عن بعد قد لا تكون كاملة مثل خدمات الزيارة الشخصية. أفهم أيضًا أنه إذا كان طبيب الاستشارة عن بعد يعتقد أنه سيتم خدمتي بشكل أفضل من خلال شكل آخر من أشكال الاستشارة (على سبيل المثال، خدمات الزيارة الشخصية)، فسوف يُطلب مني زيارة عيادة أو مستشفى أو طبيب عام أو أخصائي يمكنه تقديم مثل هذه الخدمات في المنطقة الأقرب إلي. ولا يتحمل الأطباء في ميديكلينيك مسؤولية النصائح والتوصيات و / أو القرارات المتخذة بناءً على المعلومات غير الكاملة أو غير الدقيقة التي قدمتها أنا أو أشخاص آخرين تواجدوا معي.
4. أفهم أن هناك بعض الأخطاء المحتملة لهذه التكنولوجيا، بما في ذلك الانقطاعات والوصول غير المصرح به والصعوبات التقنية. وأفهم أن يمكنني أو يمكن لمزود خدمة الاستشارة عن بعد الخاص بي (ميديكلينيك) إيقاف الاستشارة في أي وقت في حال كان الاتصال غير مناسب.
5. أفهم أن هذه الخدمة مقدمة فقط من ميديكلينيك.
6. أفهم أنه يمكنني طلب إيقاف الاستشارة عن بعد و / أو الاتصال المرئي في أي وقت ولأي سبب.
7. أفهم أن معلوماتي الخاصة بالرعاية الصحية (على سبيل المثال لا الحصر، رمز التشخيص والوصف إلى جانب الإجراءات والأدوية الموصوفة، وتاريخ العائلة، والتاريخ الطبي، والحساسية، وما إلى ذلك) قد يتم مشاركتها مع أفراد آخرين معتمدين من ميديكلينيك حلّي مطالبات ومعالجتها وجدولتها ولأغراض الدفع. قد يتواجد أشخاص آخرون من الفريق الطبي أو التقنيين من ميديكلينيك (على سبيل المثال ممرضة أو مترجم أو مساعدة في تكنولوجيا المعلومات) أثناء الاستشارة بخلاف مقدم الرعاية الصحية عن بعد الخاص بي والاستشاري الخاص بي من أجل أغراض دعم المنصة التكنولوجية والتأكد من جودة الاتصال المرئي. سيطافظ جميع الأشخاص المذكورين أعلاه على سرية المعلومات التي يتم الحصول عليها ولن يفصحوا بشكل غير قانوني عن أي معلومات تم الحصول عليها. أفهم أيضًا أنه سيتم إعلامي بحضور أي شخص خلال الاستشارة، وبالتالي سيكون لي الحق في طلب ما يلي:
 - a. الطلب من الموظفين غير الطبيين مغادرة الاستشارة المرئية
 - b. إنهاء الاستشارة في أي وقت.
8. أفهم وأعي خيارات العلاج البديلة المتاحة لي، وأختار بإرادتي المشاركة في استشارة عن بعد بالاتصال المرئي. أفهم أن بعض أجزاء الاستشارة التي تنطوي على الفحوصات البدنية قد يتم إجراؤها من قبل أفراد متواجدين معي بناء على توجيه مقدم الرعاية الصحية.
9. أفهم أن الخدمة غير مخصصة للاستشارات الطارئة، وأنا أدرك أنني بحاجة إلى الاتصال بخدمات الطوارئ في حالة وجود أية مخاوف. في حال كانت الاستشارة خاصة بالحالات الطارئة، أفهم أنه من مسؤوليتي إبلاغ الطبيب أثناء الاستشارة بذلك وأن مسؤولية مزود خدمة الاستشارة عن بعد ستنتهي عند إنهاء الاتصال المرئي مباشرة.
10. أفهم أنه إذا كان لدي أية أسئلة بخصوص المخاطر والفوائد والبدائل، فيمكنني الاتصال بفريق دعم من ميديكلينيك للحصول على التفاصيل. أفهم أنه سيتم توفير المعلومات المطلوبة بلغة أفهمها.

تشمل هذه المخاطر، على سبيل المثال لا الحصر:

 - في حالات نادرة، قد تكون المعلومات المنقولة غير كافية لاتخاذ قرارات خاصة بالرعاية الصحية المطلوبة.
 - يمكن أن تحدث أعطال بسبب تعطل الأجهزة الإلكترونية أو فقدان الاتصال بالإنترنت.
 - في حالات نادرة، قد تحدث خروقات أمنية تؤدي إلى خرق السرية.
11. أفهم أن القوانين التي تحمي سرية معلوماتي الطبية تنطبق أيضًا على خدمة الاستشارة عن بعد. وعليه، أفهم أن المعلومات التي أكتشف عنها أثناء إجراء مكالمتي سرية بشكل عام.
12. من أجل الحفاظ على خصوصية المريض والطبيب، أتعهد بأن لا أقوم بأي حال من الأحوال بتسجيل أو توزيع الرابطة أو محتوى الاستشارة الصحية عن بعد على أي شخص آخر مهما كان.
13. أفهم أن لدي الحق في سحب الموافقة في أي وقت دون التأثير على حقي في الحصول على الرعاية أو العلاج في المستقبل أو المخاطرة بفقدان أو سحب أي من مزايا البرنامج التي يحق لي الحصول عليها بخلاف ذلك.

بتحديد المربع وبدء الاستشارة عن بعد بالاتصال المرئي، أقر بما يلي:

 - لقد قرأت أو تمت قراءة هذا النموذج لي أو تم شرحه لي.
 - أفهم محتويات نموذج الموافقة بالكامل بما في ذلك مخاطر وفوائد استخدام الخدمة.
 - لقد أتيت لي الفرصة لطرح الأسئلة وتم الرد على الأسئلة بشكل نال على راضي.
 - أوافق بإرادتي وأتطوع للمشاركة في خدمة الاستشارة عن بعد.
 - أفوض مجموعة ميديكلينيك الشرق الأوسط وأطباءها والأخصائيين لمراجعة بياناتي الطبية، ومناقشة الأمور المتعلقة بصحتي، وتقديم الاستشارة العلاجية حسب الضرورة.
14. أفهم أنه قد يتم تسجيل المكالمات لأغراض ضمان الجودة والتدريب.