



CONSULTATION FORM

نموذج الاستشارة



Dear Doctor, for your prescription, you are kindly requested to fill the Prescription/Advice Form along with this form.

عزيزي الطبيب ، لوصفك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME : SOURIA ASSMA BOUDOU

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 09-Jul-1994

تاريخ الميلاد

CARD NBR : TN5P-6TLM-VMVP-1VAE

رقم البطاقة

GENDER : Female

الجنس

PAYER : NAS VN

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : Z68.21 - Body mass index [BMI] 21.0-21.9, adult

التشخيص

AETIOLOGY : Enter Aetiology

لمسببات المرضية

(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)

(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS : Complaint

العراض المرضية

co coming here for bmi body mass index

oe

chest is clear no added sounds

stable

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation

النتائج السريرية

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN : Humaira

الطبيب المعالج

HOSPITAL / CLINIC : Irham Medical Center Arjan

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up

نوع الاستشارة

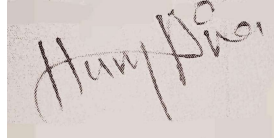
جديد

المتابعة

CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION FEES

رسوم الاستشارة



Dr. Humaira Mumtaz
General Practitioner
DHA No: 54155530-002
PESHAWAR MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

DATE: 14/06/2024

التاريخ

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies of medical records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to myself or any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

أنا الموقع أدناه ، أفوض أية جهة طبية أو طبيب أو شركة تأمين بتزويد شركة ناس بأي معلومات من الملف الطبي بشأن العلاج الحالي أو السابق لي أو للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

