

**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	:	THISARA MADUSANKA ARACHCILAGE		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	11-Jan-2000	GENDER	:
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	91G4-9RCC-DCD4-9DEA	PAYER	:
رقم البطاقة			سيرة التأمين	

CASE INFORMATION	:	☐ ACUTE	☐ CHRONIC	☐ PRE-EXISTING	☐ INJURY
نوع الحالة		حادة	مزمنة	موجودة مسبقا	إصابة

DIAGNOSIS	:	M62.838 - Other muscle spasm, R52 - Pain, unspecified		
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 pain in the shoulder due to heavyweight lifting 26th sep.2024		
		oe		
		muscle spasms		
		chest is clear no added sounds		
		restless		
		advise 2 days rest		
CLINICAL FINDINGS	:	CPT Code	Treatment	Type
النتائج السريرية		9	Consultation Gp	General Consultation
REMARKS	:	Enter Remarks		
الملحظات				

TREATING PHYSICIAN	:	Humaira	
الطبيب المعالج			
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC	
المستشفى / العيادة			
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New ☐ Follow Up	CONSULTATION FEES :
نوع الاستشارة		جديد المتابعة	رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب

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

DATE: 29,

التاريخ

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

أفوض أية جهة طبية أو طبيب أو شركة تأمين بتزويد شركة ناس بأي معلومات من الملف الطبي بشأن العلاج الحالي أو السابق لي أو للأفراد المعالين من قبلي و
رة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد