

**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	:	ASSALA ZIRY	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	31-May-1998	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	784-1998-8956841-8	PAYER : NAS - SRN WN
رقم البطاقة			سيرة التأمين

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

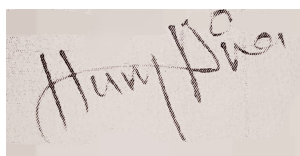
DIAGNOSIS	:	R10.30 - Lower abdominal pain, unspecified, E86.0 - Dehydration		
التشخيص				
AETIOLOGY	:	Enter Aetiology		
لمسببات المرضية				
(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)				
(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)				
SYMPTOMS	:	Complaint		
العراض المرضية		co pain in lower abdomen Imp 29 sep. 2024		
		oe chest is clear no added sounds		
		restless		
CLINICAL FINDINGS	:			
النتائج السريرية		CPT Code	Treatment	Type
		9	Consultation Gp	General Cons
		96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
		0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
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 للفراد المعالين من قبلي و
رة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

