



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 : MARTHINUS DANIEL JACOBS
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 22-Dec-1984 GENDER : Male
تاريخ الميلاد الجنس
CARD NBR : 29C2-723F-EFD5-DFAD PAYER : NAS VN
رقم البطاقة شركة التأمين

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

نوع الحالة حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : E78.5 - Hyperlipidemia, unspecified, E79.0 - Hyperuricemia w/o signs of inflam arthrit and tophaceous dis, H61.20 - Impacted cerumen, unspecified ear

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

co ear blockage rt side high cholesterol according to the lab24 th sep. 2024

oe

ear is full of wax chest is clear no added sounds

restless

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation

النتائج السريرية

REMARKS :

Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : Humaira

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS :

☐ New ☐ Follow Up

CONSULTATION FEES :

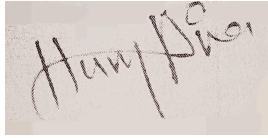
Enter CONSULTATION FEE

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة



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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

DATE: 01/10/2024

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

