



CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة



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

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

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

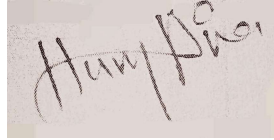
PATIENT NAME	: KHALIL UR REHMAN MUHAMMAD YAHYA		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 20-Feb-1985	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: I044-004-119284974-01	PAYER	: NAS - RN,RN+
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	: R50.9 - Fever, unspecified, 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						
الاعراض المرضية							
co bodypain fever on and off no other symptoms headache 2nd oct 2024							
oe							
chest is clear no added sounds							
restless							
CLINICAL FINDINGS	: <table> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> </table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation
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
نوع الاستشارة	جديد المتابعة
CONSULTATION FEES	: Enter CONSULTATION FEES
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: 05/10/2024

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

