



## 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  | : NEETA HARIBHAI KHIMSURIYA HARIBHAI ANANDBHAI KHIMSURIYA |                      |
| اسم المريض    |                                                           |                      |
| DATE OF BIRTH | : 18-Sep-1998                                             | GENDER : Female      |
| تاريخ الميلاد |                                                           | الجنس                |
| CARD NBR      | : I4RE-R94C-DCD2-RDEA                                     | PAYER : NAS - SRN WN |
| رقم البطاقة   |                                                           | شركة التأمين         |

|                  |                                                                                                                                         |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CASE INFORMATION | : <input type="checkbox"/> ACUTE <input type="checkbox"/> CHRONIC <input type="checkbox"/> PRE-EXISTING <input type="checkbox"/> INJURY |
| نوع الحالة       | حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة                                                                                                           |

| DIAGNOSIS                                                                         | : D64.9 - Anemia, unspecified                                                                                                                                                                                                                                       |                      |           |      |      |                                                                                                                    |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------|------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| التشخيص                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                      |           |      |      |                                                                                                                    |                      |
| AETIOLOGY                                                                         | : <input type="text" value="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                                                                          | : <input type="text" value="Complaint"/>                                                                                                                                                                                                                            |                      |           |      |      |                                                                                                                    |                      |
| العراض المرضية                                                                    | No Complaints Found for Selected Appointment                                                                                                                                                                                                                        |                      |           |      |      |                                                                                                                    |                      |
| CLINICAL FINDINGS                                                                 | : <table> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> <tr> <td>9.01</td> <td>Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.</td> <td>General Consultation</td> </tr> </table> | CPT Code             | Treatment | Type | 9.01 | Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner. | General Consultation |
| CPT Code                                                                          | Treatment                                                                                                                                                                                                                                                           | Type                 |           |      |      |                                                                                                                    |                      |
| 9.01                                                                              | Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.                                                                                                                                                  | General Consultation |           |      |      |                                                                                                                    |                      |
| النتائج السريرية                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                      |           |      |      |                                                                                                                    |                      |
| REMARKS                                                                           | : <input type="text" value="Enter Remarks"/>                                                                                                                                                                                                                        |                      |           |      |      |                                                                                                                    |                      |
| الملحظات                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                      |           |      |      |                                                                                                                    |                      |

|                      |                                                             |
|----------------------|-------------------------------------------------------------|
| TREATING PHYSICIAN   | : Humaira                                                   |
| الطبيب المعالج       |                                                             |
| HOSPITAL /CLINIC     | : CITICARE MEDICAL CENTER LLC                               |
| المستشفى / العيادة   |                                                             |
| CONSULTATION DETAILS | : <input type="radio"/> New <input type="radio"/> Follow Up |
| نوع الاستشارة        | جديد المتابعة                                               |
| CONSULTATION FEES    | : <input type="text" value="Enter CONSULTATION FEES"/>      |
| 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: 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. اية صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

**BENEFICIARY'S SIGNATURE**

توقيع المستفيد

