



## 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 : H66.91 - Otitis media, unspecified, right ear, 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 ear blockage rt side 15th sep. 2024  
oe  
ear is full of wax chest is clear no added sounds  
restless

|                     |          |                 |                      |
|---------------------|----------|-----------------|----------------------|
| CLINICAL FINDINGS : | CPT Code | Treatment       | Type                 |
| النتائج السريرية    | 9        | Consultation Gp | General Consultation |

REMARKS : Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : Humaira

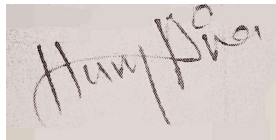
الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES

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: 08/10/2024**

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 كالصلية

**BENEFICIARY'S SIGNATURE**

توقيع المستفيد

