



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 : JASBEER SINGH SHOOR VEER SINGH
 اسم المريض
 DATE OF BIRTH : 12-May-1992
 تاريخ الميلاد
 CARD NBR : 9GG4-GG4C-DCD9-2DEA
 رقم البطاقة
 GENDER : Male
 الجنس
 PAYER : NAS VN
 شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough, J45.909 - Unspecified asthma, uncomplicated, K29.00 - Acute gastritis without bleeding

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

No Complaints Found for Selected Appointment

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
النتائج السريرية	9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

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

DATE: 17/10/2024

توقيع و ختم الطبيب

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

