

**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 : EYAMAN HABIB HABIB UR REHMAN

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 01-Apr-1990

تاريخ الميلاد

GENDER : Female

الجنس

CARD NBR : G24R-4C4C-DCDG-9DEA

رقم البطاقة

PAYER : NAS - SRN WN

شركة التأمين

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

نوع الحالة

حادة

مزمنة

موجودة مسبقا

إصابة

DIAGNOSIS : J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified

التشخيص

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 sneezing 21st oct 2024 in the eveving time

oe chest is cleart no added sounds

restless

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation

النتائج السريرية

REMARKS :

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : Humaira

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

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

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

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

DATE: 25/10/2024

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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

