



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 : ANN WAIRIMU NJAMBI
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 29-Oct-1996 GENDER : Female
تاريخ الميلاد الجنس
CARD NBR : R4RE-R94C-DCD1-2DEA PAYER : NAS - SRN WN
رقم البطاقة شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : M62.830 - Muscle spasm of back, R52 - Pain, unspecified, M25.50 - Pain in unspecified joint, D64.9 - Anemia, 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
العرض المرضية
back pain from one month oct 2024
oe chest is clear no added sounds
restless

CLINICAL FINDINGS :
النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab
9	Consultation Gp	General Consultation
83550	Iron Binding Capacity	Lab
83540	Iron	Lab
86431	Rheumatoid Factor Quantitative	Lab
84550	Uric Acid Blood	Lab

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 FEE

نوع الاستشارة

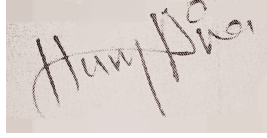
جديد

المتابعة

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: 08/11/2024

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

