



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 ، لوصفك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

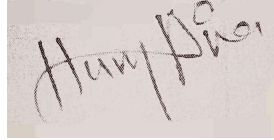
PATIENT NAME	:	KRISTIEIN ANN FARNACIO	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	12-Oct-1994	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	AG99-CG4C-DCDE-1DEA	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	N89.9 - Noninflammatory disorder of vagina, unspecified, T78.40XS - Allergy, unspecified, sequela		
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 vaginal itching dry 19th nov. 2024 oe 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 الستشارة		جديد المتابعة	رسوم الستشارة



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: 24/11/2024

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

