



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	: SHAMSAD MOIDEEN MOIDEENKUTTY		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 21-Oct-1986	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: E28F-8JE2-C2C2-2CDE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS : T81.30XA - Disruption of wound, unspecified, initial encounter, R52 - Pain, unspecified, L08.9 - Local infection of the skin and subcutaneous tissue, unsp

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 thumb cut accidentally when he was working 21 nov . 2024 suture removal

CLINICAL FINDINGS	: <table> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> <tr> <td>15851</td> <td>Removal Sutures Under Anesthesia Other Surgeon</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> </table>	CPT Code	Treatment	Type	15851	Removal Sutures Under Anesthesia Other Surgeon	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation
CPT Code	Treatment	Type								
15851	Removal Sutures Under Anesthesia Other Surgeon	Co.Pay								
9	Consultation Gp	General Consultation								
النتائج السريرية										

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

Humaira

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

DATE: 29/11/2024

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. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

