



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 : SAIQA NASEER NASEER AHMED
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 17-Aug-1984 GENDER : Female
تاريخ الميلاد الجنس
CARD NBR : II91-944C-DCDI-IDEA PAYER : NAS - EN CN GN
رقم البطاقة شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R52 - Pain, unspecified, E11.9 - Type 2 diabetes mellitus without complications, E78.5 - Hyperlipidemia, unspecified, E55.9 - Vitamin D deficiency, 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)

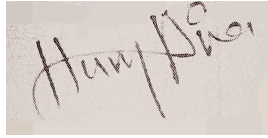
SYMPTOMS : Complaint
الاعراض المرضية
h/f diabetes hyperlipidemia
vitamin d deficiency
now complain of running noe back pain and knee pain 24th nov.2024
came to refill the medicine

CLINICAL FINDINGS : CPT Code Treatment Type
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



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: 29/11/2024

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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

