



## 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 ، لوصفتك 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

العراض المرضية

h/f diabetes hyperlipedemia  
vitamin d deficiency  
now complain of running noe back pain and knee pain 24th nov.2024  
came to refill the medicine

| CPT Code | Treatment       | Type                 |
|----------|-----------------|----------------------|
| 9        | Consultation Gp | General Consultation |

الفتائج السريرية

REMARKS : Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : Humaira

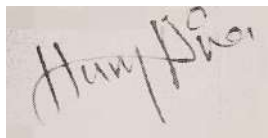
الطبيب المعالج

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 Muntaz  
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

