

**CONSULTATION**

تشارة



Dear Doctor, for your prescription, you are kindly requested to fill this form.

لتمودج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	: ABDUS SALAM MAINUDDIN AHAMMED		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 08-May-1991	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: RRCG-4G4C-DCD1-RDEA	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : S01.341A - Puncture wound with foreign body of right ear, init encntr, R52 - Pain, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, E86.0 - Dehydration, K21.9 - Gastro-esophageal reflux disease

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	N	pc: wound near right ear 1*0.2 cm open wound need stitches pain fever
---------------	---	--

CLINICAL FINDINGS	CPT Code	Treatment
النتائج السريرية	51.03	Non-Surgical Cleansing With Surgical Dressing More Than 48 Sq Inches / 300 Sq Centimeters.
	9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.

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 الاستشارة	جديد المتابعة	رسوم الاستشارة	

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

Dr. Humaira Muntaz
General Practitioner
DHA No: 54155536-002
CITICARE MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DATE: 15/12/2024

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 صوره عن هذا التفويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد

