



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

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	: MHD RATEB JAMAL		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 06-Jun-1994	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 5LPP-3TLM-VMVR-TVAE	PAYER	: NAS - RN,RN+
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	: F41.9 - Anxiety disorder, unspecified, R07.9 - Chest pain, unspecified, I10 - Essential (primary) hypertension
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	
CLINICAL FINDINGS	: No Complaints Found for Selected Appointment
النتائج السريرية	
REMARKS	: Enter Remarks
الملاحظات	

TREATING PHYSICIAN	: AHSAN HUSSAIN		
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

DATE: 19/12/2024

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

