



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	: MUHAMMAD UMER ABBASI SHABBIR AHMED ABBASI		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 02-Mar-1986	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: I941-GA4C-DCDI-4DEA	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R50.9 - Fever, unspecified, R10.9 - Unspecified abdominal pain, R30.9 - Painful micturition, 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	co headache could not sleep the whole night 27th dec.2024 oe chest is clear no added sounds restless								
CLINICAL FINDINGS	:								
النتائج السريرية	<table> <thead> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> </tbody> </table>			CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation
CPT Code	Treatment	Type							
9	Consultation Gp	General Consultation							
REMARKS	: Enter Remarks								
الملاحظات									

TREATING PHYSICIAN	: Humaira	
الطبيب المعالج		
HOSPITAL /CLINIC	: CITICARE MEDICAL CENTER LLC	
المستشفى / العيادة		
CONSULTATION DETAILS	: ☐ New ☐ Follow Up	CONSULTATION FEES :
نوع الاستشارة	جديد المتابعة	Enter CONSULTATION FEES
		رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

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

DATE: 28/12/2024

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

