



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	: KHALIL UR REHMAN MUHAMMAD YAHYA		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 20-Feb-1985	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: RG1I-9RCC-DCD4-CDEA	PAYER	: NAS - RN,RN+
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	: E11.65 - Type 2 diabetes mellitus with hyperglycemia, E78.2 - Mixed hyperlipidemia												
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													
pc diabetes for 1 year good glycemc control according to him													
came to change medications													
his blood glucose level normal as per now													
CLINICAL FINDINGS	: <table> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> <tr> <td>82947</td> <td>Glucose Quantitative Blood Xcpt Reagent Strip</td> <td>Lab</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> <tr> <td>83036</td> <td>Hemoglobin Glycosylated A1C</td> <td>Lab</td> </tr> </table>	CPT Code	Treatment	Type	82947	Glucose Quantitative Blood Xcpt Reagent Strip	Lab	9	Consultation Gp	General Consultation	83036	Hemoglobin Glycosylated A1C	Lab
CPT Code	Treatment	Type											
82947	Glucose Quantitative Blood Xcpt Reagent Strip	Lab											
9	Consultation Gp	General Consultation											
83036	Hemoglobin Glycosylated A1C	Lab											
النتائج السريرية													
REMARKS	: Enter Remarks												
الملحظات													

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

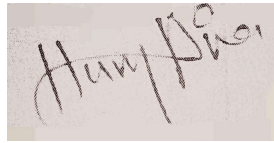
جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



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

DATE: 29/12/2024

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. إية صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

