

**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	:	NADINE JOSE BANDE	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	01-Oct-1996	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	EJG2-82E2-C2CE-KCDE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : S61.218S - Laceration w/o fb of finger w/o damage to nail, sequela, G89.11 - Acute pain due to trauma

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

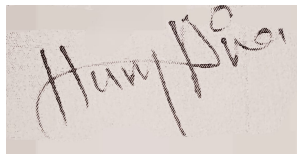
pc :cut finger

العراض المرضية	Complaint		
	o/e		
	laceration of index fingure , approx 1*1 cm at site of distal interpha;ngeal joint		
	subcutaneopus tissue exposed		
not bleeding heavily			
CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	15852	Dressing Change Under Anesthesia	Co.Pay
	9	Consultation Gp	General Consultation
النتائج السريرية			
REMARKS :	Enter Remarks		
الملحظات			

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



Dr. Humaira Mumtaz
General Practitioner
DHA No: 5415530-002
CITICARE MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DATE: 04/01/2025

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

