



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

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

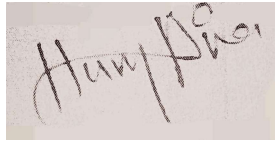
PATIENT NAME	: DUHAA MAHMOUD IBRAHIM MOHAMED ALI		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 17-Mar-1995	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: III2-F8E2-C2CK-KCDE	PAYER	: NAS - EN CN GN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	: G43.001 - Migraine w/o aura, not intractable, with status migrainosus		
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 10 days before		
	oe chest is clear no added sounds		
	restless		
CLINICAL FINDINGS	:		
النتائج السريرية			
	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Consultation
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 الستشارة	جديد المتابعة	رسوم الستشارة	



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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

DATE: 07/01/2025

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

