



## 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 : MARC ELLE RACHED

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 26-Sep-1991

تاريخ الميلاد

CARD NBR : 112E-JFE2-C2CE-KCDE

رقم البطاقة

GENDER : Male

الجنس

PAYER : NAS - RN,RN+

شركة التأمين

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

نوع الحالة

حادة

مزمنة

موجودة مسبقا

إصابة

DIAGNOSIS : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, J11.1 - Flu due to unidentified influenza virus w oth resp manifest, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R05 - Cough, R50.9 - Fever, 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

his son has influenza A POSITIVE SO PEADIATRICIAN SAID TO HER TAKE temiflu as prophalexies now he also complain of pain in throat dry cough weakness body pain 5th jan .2025

oe chest is clear no added sounds

stable

| CPT Code | Treatment       | Type                 |
|----------|-----------------|----------------------|
| 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 CONSULTATION FEES :

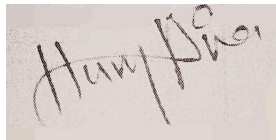
نوع الستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الستشارة

Enter CONSULTATION FEES



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:** 10/01/2025

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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

**BENEFICIARY'S SIGNATURE**

توقيع المستفيد

