



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 : SOUNDARYA RAVIRAJ AMIN

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 12-Dec-1997

تاريخ الميلاد

CARD NBR : MM3T-TLMM-VMV6-3VAE

رقم البطاقة

GENDER : Female

الجنس

PAYER : NAS - SRN WN

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE

نوع الحالة

☐ CHRONIC

حادة

مزمنة

☐ PRE-EXISTING

موجودة مسبقا

☐ INJURY

إصابة

DIAGNOSIS : N61.1 - Abscess of the breast and nipple, Z48.03 - Encounter for change or removal of drains

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

she had a breast abcess drainage in the aster mankhhol hospital 7th jan. 2025 now she came here for dressing
oe wound is clean
chest is clear no added sounds
stable

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
51.01	Non-Surgical Cleansing With Surgical Dressing 16 Sq Inches / 100 Sq Centimeters Or Less	General Consultation
9	Consultation Gp	General Consultation

REMARKS : Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : Humaira

الطبيب المعالج

HOSPITAL / CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS :

نوع الستشارة

☐ New

جديد

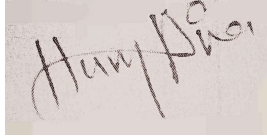
☐ Follow Up

المتابعة

CONSULTATION FEES :

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

**BENEFICIARY'S SIGNATURE**

توقيع المستفيد