



## 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 : QAMAR SHAHZAD MUHAMMAD YAQOOB  
 اسم المريض  
 DATE OF BIRTH : 23-Mar-1993  
 تاريخ الميلاد  
 CARD NBR : 8JFF-8AF2-C2C8-JCDE  
 رقم البطاقة  
 GENDER : Male  
 الجنس  
 PAYER : NAS - SRN WN  
 شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY  
 نوع الحالة حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R10.13 - Epigastric pain, K59.00 - Constipation, 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 والحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS : Complaint

العراض المرضية

pc : loss of appetite condtipation , for many days

no other med conditions

non smoker

o/e

abd soft non tender

CLINICAL FINDINGS : CPT Code Treatment Type

النتائج السريرية

|                  |                                                  |                      |
|------------------|--------------------------------------------------|----------------------|
| 85025            | Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count | Lab                  |
| 82247            | Bilirubin Total                                  | Lab                  |
| 0188-135906-2441 | PULMICORT                                        | Pharmacy             |
| 94640            | Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment  | Co.Pay               |
| 9                | Consultation Gp                                  | General Consultation |

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN : DR Amaizah

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC

: CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS

: ☐ New ☐ Follow Up

CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة

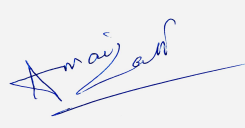
جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



Dr. Amaizah Ishtiaq  
General Practitioner  
DHA: 98486553-001  
CITICARE MEDICAL CENTER  
DUBAI - U.A.E

DATE: 11/01/2025

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

