



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	: ZAYED KHEIR EDDINE EL MOUBADDER		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 26-Oct-2006	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: C4EA-A44C-DCDE-CDEA	PAYER	: NAS - EN CN GN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : L02.619 - Cutaneous abscess of unspecified foot

التشخيص

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 :

العراض المرضية

pc: ingrowing toe nail of left foot

painfull edematous left big toe

on meds for ADHD

smokes tobacco

no other med conditions

CLINICAL FINDINGS :

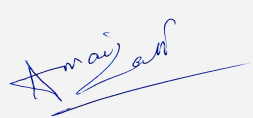
النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
51.02	Non-Surgical Cleansing With Surgical Dressing Between 16 Sq Inches / 100 Sq Centimeters And 48 Sq Inches / 300 Sq Centimeters	General Consultation
9	Consultation Gp	General Consultation
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay

REMARKS :	CPT Code	Treatment	Type
الملحظات :	Enter Remarks		
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: 13/01/2025

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. اية صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

