

**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	:	mohammed niyas			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	27-Mar-1986	GENDER	:	Male
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	6MM2-363F-LFLM-6LED	PAYER	:	NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين		

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : W25.XXXA - Contact with sharp glass, initial encounter, R52 - Pain, unspecified, 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

No Complaints Found for Selected Appointment

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type

النتائج السريرية	CPT Code	Treatment	Type
	51.03	Non-Surgical Cleansing With Surgical Dressing More Than 48 Sq Inches / 300 Sq Centimeters.	General Consultation
	9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation
REMARKS : الملحظات	Enter Remarks		

TREATING PHYSICIAN الطبيب المعالج	:	Humaira			
HOSPITAL /CLINIC المستشفى / العيادة	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC			
CONSULTATION DETAILS نوع الاستشارة	:	☐ New جديد	☐ Follow Up المتابعة	CONSULTATION FEES : رسوم الاستشارة	Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب

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

DATE: 24/01/2025

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد