

**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	:	mohammad yunus			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	25-May-1978	GENDER	:	Male
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	CRI9-4G4C-DCDE-EDEA	PAYER	:	NAS - SRN WN
رقم البطاقة			شركة التأمين		

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

نوع الحالة

حادة

مزمنة

موجودة مسبقا

إصابة

DIAGNOSIS : R21 - Rash and other nonspecific skin eruption, T78.40XA - Allergy, unspecified, initial encounter

التشخيص

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

co itching all over the body 24th jan. 2025

oe chest is clesr no added sounds

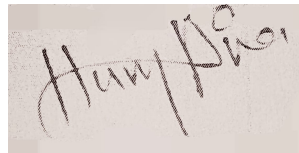
restless

CLINICAL FINDINGS : النتائج السريرية	Complaint		
	h/f sea food		
	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Consultation
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
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: 28/01/2025

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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد

A rectangular box for the beneficiary's signature. In the top-left corner, there is a small icon of a document with a wavy line at the bottom, indicating a signature or stamp area.