



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	: HAMAD OMAR AHMAD ABDULLA ABDULRAHIM		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 03-Sep-2018	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 3229-391E-4E91-9EDD	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

نوع الحالة : ☐ حادة ☐ مزمنة ☐ موجودة مسبقا ☐ إصابة

DIAGNOSIS : R03.0 - Elevated blood-pressure reading, w/o diagnosis of htn, J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, E78.5 - Hyperlipidemia, unspecified, R34 - Anuria and oliguria, I10 - Essential (primary) hypertension, R09.81 - Nasal congestion, R50.9 - Fever, unspecified

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
العرض المرضية	co fever on and off pain in the throat 27th jan. 2025 oe chest is clear NO ADDED SOUNDS RESTLESS SMOKING ALCOHOL

CLINICAL FINDINGS	CPT Code	Treatment	Type
النتائج السريرية	9	Consultation Gp	General Consultation
	80069	Renal Function Panel	Lab
	80061	Lipid Panel	Lab
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrnrl Wbc Count	Lab

REMARKS :

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : Humaira
الطبيب المعالج
HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS

:

☐ New☐ Follow Up

CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION FEE

نوع الاستشارة

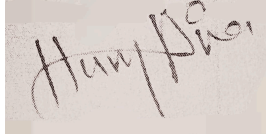
جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

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

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

