



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	:	ROMAAN KHAN ROHAN KHAN		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	15-Oct-2021	GENDER	:
تاريخ الميلاد			الجنس	:
CARD NBR	:	I2A1-E8E2-C2C1-JCDE	PAYER	:
رقم البطاقة			شركة التأمين	:
			NAS - RN,RN+	

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

DIAGNOSIS : J03.91 - Acute recurrent tonsillitis, 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

recurrent tonsillitis, 5th episode

high grade fever, not improving on amoxicillin.

on exam:

Ears: normal

Throat: enlarged hyperemic and hypertrophied tonsils

CNS: intact

CVS: S1+S2+0

Chest: clear

Abdomen: soft, non tender

> plan to add amoxicillin + clauvulanate combination, follow up after 3 days to see for improvement

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code

Treatment

Type

No Treatments History Found

النتائج السريرية

REMARKS :

الملحظات

TREATING PHYSICIAN : Dr Bushra

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. Bushra Mufti
General practitioner
DHA: 75646242-001
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DATE: 14/05/2025

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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

