



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	:	LAMIAH RABANEY		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	07-Aug-1992	GENDER	:
تاريخ الميلاد			الجنس	:
CARD NBR	:	EMHN-363F-LFL6-MLED	PAYER	:
رقم البطاقة			شركة التأمين	:
			NAS VN	

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

DIAGNOSIS	:	R07.9 - Chest pain, unspecified, R06.02 - Shortness of breath											
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		pt came with high blood pressure along with chest heaviness and pain thar radiates towards left arm she also feeling of numbness in her arm											
CLINICAL FINDINGS	:	<table> <thead> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9.01</td> <td>Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.</td> <td>General Consultation</td> </tr> <tr> <td>93005</td> <td>Ecg Routine Ecg W/Least 12 Lds Trcg Only W/O I&R</td> <td>Co.Pay</td> </tr> </tbody> </table>			CPT Code	Treatment	Type	9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation	93005	Ecg Routine Ecg W/Least 12 Lds Trcg Only W/O I&R	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type											
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation											
93005	Ecg Routine Ecg W/Least 12 Lds Trcg Only W/O I&R	Co.Pay											
النتائج السريرية													
REMARKS	:	Enter Remarks											
الملاحظات													

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP			Dr. Aisha Umer Physician- General Practitioner DHA- 40131439-002 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI - U.A.E
------------------------------	--	--	---

توقيع و ختم الطبيب

DATE: 25/05/2025

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 كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

