



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	:	ZEYNAB HASANOVA		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	07-Dec-1997	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	R12A-124C-DCD9-4DEA	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	R10.84 - Generalized abdominal pain, R25.2 - Cramp and spasm, R52 - Pain, 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														
chief complaint: abdominal pain started 12:30 am. pain is generalized.														
on examination: abdomen is soft.														
allergy: no allergy with any medicine														
previous history: nil														
CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>H21-4745-02880-01</td><td>SCOPINAL</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	H21-4745-02880-01	SCOPINAL	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type												
9	Consultation Gp	General Consultation												
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay												
H21-4745-02880-01	SCOPINAL	Pharmacy												
النتائج السريرية														
REMARKS	:	Enter Remarks												
الملحظات														

TREATING PHYSICIAN	:	Dr.Farhan Iyas	
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

Dr. Farhan Iyas Malik
Physician-General Practitioner
DHA-06441782-001
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI U.A.E

DATE: 25/06/2025

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

