



CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة



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	: BARUN ROY SANJAY ROY		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 04-Mar-1989	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: MNM2-363F-LFLM-2LED	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

نوع الحالة

حادة

مزمنة

موجودة مسبقا

إصابة

DIAGNOSIS : K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R10.13 - Epigastric pain, K81.0 - Acute cholecystitis, R10.84 - Generalized abdominal pain, K30 - Functional dyspepsia

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

chief complaint: came with severe epigastric pain since 2023 associated with spmetimes pain in right shoulder, nausea and sometimes vomit also.

burping and bitter taste in mouth, burning in esophagus, normal flatulence ,sometime steatorrhea in the stool.

o/e: tenderness in epigastric region which is radiating exactly same place on the back, and also tenderness in abdomen.

allergy: no allergy with any medicine.

previous history: mild fatty liver.

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
76700	Us Abdominal Real Time W/Image Documentation	Radiology

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

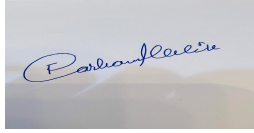
جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



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

DATE: 29/06/2025

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. إية صورته عن هذا التخويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

