



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	:	
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 والحالت المتعلقة بالمومة)		
SYMPTOMS	:	Complaint
الاعراض المرضية		No Complaints Found for Selected Appointment
CLINICAL FINDINGS	:	
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
نوع الاستشارة		جديد المتابعة
CONSULTATION FEES	:	Enter CONSULTATION FEES
رسوم الاستشارة		

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

Farhan Iyas

Dr. Farhan Iyas 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.

انا 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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

