



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	: RUDRA PRASAD RASAILY		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 20-Apr-1982	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: NP3M-5LMM-VMVR-PVAE	PAYER	: NAS - SRN WN
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, R10.32 - Left lower quadrant pain, R10.84 - Generalized abdominal pain, K76.0 - Fatty (change of) liver, not elsewhere classified, N30.00 - Acute cystitis without hematuria, Z83.42 - Family history of familial hypercholesterolemia, R73.9 - Hyperglycemia, 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
	OC : LEFT ILAC FOSSA PAIN
	PT : PT CAME WITH THE COMPLAIN OF CONTINUOUS LOW INTENSITY PAIN IN LEFT ILIAC FOSSA FOR THE LAST TWO WEEKS
العراض المرضية	HE HAS BEEN TAKING MEDICATION FOR CONSTIPATION AND BLOATING
	O/E ABDOMIN IS SOFT AND NO TENDOR
	ALLERGIES : NONE
	PMH : NONE

CLINICAL FINDINGS : النتائج السريرية	CPT Code	Treatment	Type
	76700	Us Abdominal Real Time W/Image Documentation	Radiology
	76856	Us Pelvic Nonobstetric Real-Time Image Complete	Radiology

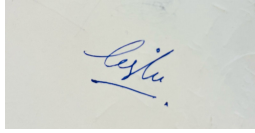
REMARKS :

الملحظات

TREATING PHYSICIAN	: AISHA		
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. Aisha Umer
Physician- General Practitioner
DHA- 40131439-002
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

