



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	:	EL MAHJOUB BOURHIM		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	25-Jan-1991	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	4AC9-4G4C-DCDI-9DEA	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	:	N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, R30.0 - Dysuria		
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		
الاعراض المرضية		FOLLOW UP URINE ANALYSIS INDICATES AMORPHOUS CRYSTALS PROTEIN IS PRESENT . HYLINE CAST CELLS PRESENT		
CLINICAL FINDINGS	:	CPT Code	Treatment	Type
النتائج السريرية		76856	Us Pelvic Nonobstetric Real-Time Image Complete	Radiology
REMARKS	:	Enter 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

Dr. Aisha Umer
Physician- General Practitioner
DHA- 40131439-002
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DATE: 04/07/2025

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

