



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	:	FUAD HANNA SALIBA BAHBAH	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	15-May-1978	GENDER : Male
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	6FNF-HEJF-LFLK-KLED	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	I10 - Essential (primary) hypertension, E78.1 - Pure hyperglyceridemia						
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						
العراض المرضية								
		PC : GENERAL CHECKUP						
		HOPC : KNOWN CASE OF HYPERTENSION AND HYPERCHOLESTEROLEMIA						
		ALREADY TAKING MEDICATION						
CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>9.02</td><td>Gp Repeat Visit For Op Consultation Refers To Week 2, 3 & 4 From The Date Of Initial Consultation For Same Illness In Opd.</td><td>General Consultation</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9.02	Gp Repeat Visit For Op Consultation Refers To Week 2, 3 & 4 From The Date Of Initial Consultation For Same Illness In Opd.	General Consultation
CPT Code	Treatment	Type						
9.02	Gp Repeat Visit For Op Consultation Refers To Week 2, 3 & 4 From The Date Of Initial Consultation For Same Illness In Opd.	General Consultation						
النتائج السريرية								
REMARKS	:	Enter Remarks						
الملاحظات								

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: 12/07/2025

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. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

