



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	:	AYE LA PYAE PHYOE	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	11-Aug-2002	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	JEF1-1AF2-C2CE-KCDE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

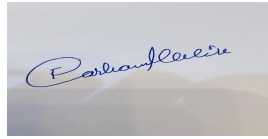
نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	S61.219A - Laceration w/o fb of unsp finger w/o damage to nail, init, R52 - Pain, unspecified									
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									
العرض المرضية		chief complain: came with minor laceration of left middle finger due to knife cut at home at 03:00 am 06/08/25. the wound stopped bleed. size is about 1-2cm and its superficial. so we have done dressing after washing with anti septic. bandage done. tetanus injection status: not remember.									
CLINICAL FINDINGS	:	<table> <thead> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> <tr> <td>51.01</td> <td>Non-Surgical Cleansing With Surgical Dressing 16 Sq Inches / 100 Sq Centimeters Or Less</td> <td>General Consultation</td> </tr> </tbody> </table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	51.01	Non-Surgical Cleansing With Surgical Dressing 16 Sq Inches / 100 Sq Centimeters Or Less	General Consultation
CPT Code	Treatment	Type									
9	Consultation Gp	General Consultation									
51.01	Non-Surgical Cleansing With Surgical Dressing 16 Sq Inches / 100 Sq Centimeters Or Less	General Consultation									
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 :
نوع الاستشارة		☐ جديد ☐ المتابعة	Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



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

DATE: 06/08/2025

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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

