



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	:	HAKIM FAIZAN FAIZAN	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	19-Mar-2024	GENDER
تاريخ الميلاد			:
CARD NBR	:	6JHM-HHJF-LFLK-3LED	PAYER
رقم البطاقة			:
			NAS - SRN WN
			شركة التأمين

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

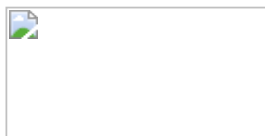
DIAGNOSIS	:	R50.9 - Fever, unspecified, R19.7 - Diarrhea, unspecified, R11.10 - Vomiting, unspecified		
التشخيص				
AETIOLOGY	:	Enter Aetiology		
لمسببات المرضية				
(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)				
(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)				
SYMPTOMS	:	Complaint		
الاعراض المرضية		Fever - 3 days , 3 times in a day loose stools , 3-4 episodes per day vomit 4 episodes yesterday decreased appetite teething actively, putting everything in mouth on exam: thirsty, sunken eyes alert, irritated abdomen is soft and non tender, no visceromegaly heart sounds normal chest clear > for low appetite, plan to check his iron levels once out of acute infection		
CLINICAL FINDINGS	:			
النتائج السريرية		CPT Code	Treatment	Type
		9	Consultation Gp	General Consultation
REMARKS	:	Enter Remarks		
الملاحظات				

TREATING PHYSICIAN	:	Dr Bushra
الطبيب المعالج		

HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC		
المستشفى / العيادة				
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New	☐ Follow Up	CONSULTATION FEES :
نوع الاستشارة		جديد	المتابعة	رسوم الاستشارة
Enter CONSULTATION FEES				

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



Dr. Bushra Mufti
General practitioner
DHA: 75646242-001
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DATE: 07/08/2025

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

