



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	:	RAJA KHAN		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	24-Feb-1966	GENDER	:
تاريخ الميلاد			الجنس	:
CARD NBR	:	3MFN-FH3F-LFLM-NLED	PAYER	:
رقم البطاقة			شركة التأمين	:
			NAS VN	

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

DIAGNOSIS	:	H61.22 - Impacted cerumen, left ear, R03.0 - Elevated blood-pressure reading, w/o diagnosis of htn, R52 - Pain, unspecified, R68.84 - Jaw pain											
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											
العراض المرضية		pc : swelling of left cheeks and pain in ear											
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>69209</td> <td>REMOVAL IMPACTED CERUMEN IRRIGATION/LVG UNILAT</td> <td>Co.Pay</td> </tr> </tbody> </table>			CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	69209	REMOVAL IMPACTED CERUMEN IRRIGATION/LVG UNILAT	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type											
9	Consultation Gp	General Consultation											
69209	REMOVAL IMPACTED CERUMEN IRRIGATION/LVG UNILAT	Co.Pay											
النتائج السريرية													
REMARKS	:	Enter Remarks											
الملحظات													

TREATING PHYSICIAN	:	DR Amaizah	
الطبيب المعالج			
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC	
المستشفى / العيادة			
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New	☐ Follow Up
نوع الاستشارة		جديد	المتابعة
CONSULTATION FEES :		Enter CONSULTATION FEES	
		رسوم الاستشارة	

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

Dr. Amaizah Ishtiaq
General Practitioner
DHA: 98486553-001
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DATE: 09/08/2025

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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

