



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	:	MIRHA UBAID		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	02-Dec-2023	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	EMEK-MEJF-LFLJ-HLED	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	:	K59.00 - Constipation, unspecified, R10.84 - Generalized abdominal 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		
		C/O: constipation , passing hard pellets of stool - since 10 days. straining, abdominal pain since yesterday on exam: ative, alert playful child abdomen soft but distended, tender chest:clear heart sounds normal		
العراض المرضية				
CLINICAL FINDINGS	:			
		CPT Code	Treatment	Type
		9	Consultation Gp	General Consultation
النتائج السريرية				
REMARKS	:	Enter Remarks		
الملحظات				

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		Dr. Bushra Mufti General practitioner DHA: 75646242-001 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI - U.A.E	DATE: 23/08/2025
توقيع و ختم الطبيب			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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	