



## 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  | : | VELUMANI DEEPAPRIYA   |                        |
| اسم المريض    |   |                       |                        |
| DATE OF BIRTH | : | 29-Dec-1975           | GENDER : Female        |
| تاريخ الميلاد |   |                       | الجنس                  |
| CARD NBR      | : | I019-004-120374488-01 | PAYER : NAS - EN CN GN |
| رقم البطاقة   |   |                       | شركة التأمين           |

|                  |   |                                |                                  |                                       |                                 |
|------------------|---|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| CASE INFORMATION | : | <input type="checkbox"/> ACUTE | <input type="checkbox"/> CHRONIC | <input type="checkbox"/> PRE-EXISTING | <input type="checkbox"/> INJURY |
| نوع الحالة       |   | حادة                           | مزمنة                            | موجودة مسبقا                          | إصابة                           |

| DIAGNOSIS                                                                         | :               | E78.5 - Hyperlipidemia, unspecified, Z72.820 - Sleep deprivation                                                                                 |          |           |      |   |                 |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|------|---|-----------------|----------------------|
| 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 والحالات المتعلقة بالمومة)            |                 |                                                                                                                                                  |          |           |      |   |                 |                      |
| SYMPTOMS                                                                          | :               | Complaint                                                                                                                                        |          |           |      |   |                 |                      |
| العراض المرضية                                                                    |                 | CAME FOR REFILLING MEDICINE<br>PC decreased sleep                                                                                                |          |           |      |   |                 |                      |
| CLINICAL FINDINGS                                                                 | :               | <table><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr></table> | CPT Code | Treatment | Type | 9 | Consultation Gp | General Consultation |
| CPT Code                                                                          | Treatment       | Type                                                                                                                                             |          |           |      |   |                 |                      |
| 9                                                                                 | Consultation Gp | General Consultation                                                                                                                             |          |           |      |   |                 |                      |
| النتائج السريرية                                                                  |                 |                                                                                                                                                  |          |           |      |   |                 |                      |
| REMARKS                                                                           | :               | Enter Remarks                                                                                                                                    |          |           |      |   |                 |                      |
| الملاحظات                                                                         |                 |                                                                                                                                                  |          |           |      |   |                 |                      |

|                      |   |                                                           |                                             |
|----------------------|---|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| TREATING PHYSICIAN   | : | KEERTHANA                                                 |                                             |
| الطبيب المعالج       |   |                                                           |                                             |
| HOSPITAL /CLINIC     | : | CITICARE MEDICAL CENTER LLC                               |                                             |
| المستشفى / العيادة   |   |                                                           |                                             |
| CONSULTATION DETAILS | : | <input type="radio"/> New <input type="radio"/> Follow Up | CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES |
| نوع الاستشارة        |   | جديد المتابعة                                             | رسوم الاستشارة                              |



د. كيرثانا راني باديبورايل ثارا  
Dr. Keerthana Rani Padippurayil Thara  
General Practitioner  
License No.: 37864046-001  
مركز سيتيكير الطبي ذم م  
CITICARE MEDICAL CENTER LLC

#### DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب

DATE: 24/08/2025

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

