



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 اسم المريض	Thomas Kuruvilla	GENDER النوع	Male
DATE OF BIRTH تاريخ الميلاد	10-Jan-1970	PAYER شركة التأمين	Watania Takaful Family
CARD NBR : رقم البطاقة	EJAI-28E2-C2CJ-ICDE		

CASE INFORMATION

نوع الحالة

ACUTE ☐

حادثة

CHRONIC ☐

مزمنة

PRE-EXISTING ☐

موجودة مسبقا

INJURY ☐

إصابة

DIAGNOSIS

التشخيص

H57-89, H57-10

AETIOLOGY

المسببات المرضية

(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)

(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الإصابات و الحالات المتعلقة بالأمومة)

SYMPTOMS:

الأعراض المرضية

CLINICAL FINDINGS

النتائج السريرية

REMARKS:

الملاحظات

Referral To GP

Dr. Ali Khayat
Medical Practitioner
TOP MEDICAL CENTER
DHA-P-0056113
aliadi76@yahoo.com

TREATING PHYSICIAN

الطبيب المعالج

HOSPITAL / CLINIC

المستشفى / العيادة

Top Medical Center (Marina) - Dubai

CONSULTATION DETAILS

نوع الاستشارة

NEW ☐

جديد

FOLLOW-UP ☐

المتابعة

CONSULTATION FEES

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE & STAMP

توقيع و ختم الطبيب

DATE 19-Jun-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 أوافق أدناه، المرفوض أية جهة طبية أو طبيب أو شركة تأمين بتزويد شركة ناس بأي معلومات من الملف الطبي بشأن العلاج الحالي أو السابق لي أو لأفراد المعالين من أ. و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كالأصلي

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

Electronic Referral Reference

* This document can't be used for dispensing inside the emirate of Dubai.

* This document can be used for dispensing outside the emirate of Dubai with the proper stamps and signatures.

Details

ID:	Reference Number	Transaction Date:	Plan:	Member ID:
DHA-F-0048012-TPA004-20250619045721	G0000531408	19/06/2025 04:57	WATANIA TAKAFUL FAMILY (PJSC)/NAS ADMINISTRATION SERVICES LIMITED	EJAI-28E2-C2CJ-ICDE
Specialty:	Start Time:	End Time:	Previous ID:	
G010 - G.P. General Practice	19/06/2025 04:57	19/07/2025 04:57		

Diagnoses:

Type	Diagnosis
Principal	H57.89 - Other specified disorders of eye and adnexa
Secondary	H57.10 - Ocular pain, unspecified eye

Showing 1 to 2 of 2 entries

Referral Details:

Type	Reason For Referral
Text	Referral to GP

Showing 1 to 1 of 1 entries

Dr. Ali Khayat
Medical Practitioner
TOP MEDICAL CENTER
DHA - P-0056113
aliadi76@yahoo.com