



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 مرفقاً مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME Roda Pineda Fuellas

اسم المريض

DATE OF BIRTH 09-Feb-1988

تاريخ الميلاد

GENDER Female

الجنس

CARD NBR : KFH6-3J3F-LFL2-MLED

رقم البطاقة

PAYER

شركة التأمين

Orient Insurance

CASE INFORMATION

نوع الحالة

ACUTE ☐

حادة

CHRONIC ☐

مزمنة

PRE-EXISTING ☐

موجودة مسبقاً

INJURY ☐

إصابة

DIAGNOSIS

التشخيص

R10.0, R10.813, R10.823, M54.5, R30.0, K8T, M29.2

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

Abdominal pain, dysuria, lower back pain

CLINICAL FINDINGS

النتائج السريرية

OLG, AUF Tenderness

REMARKS:

الملاحظات

USG Abdomen + Pelvis + CBC + URIS

TREATING PHYSICIAN

الطبيب المعالج

Dr. Thashreefa K.V

HOSPITAL / CLINIC

المستشفى / العيادة

Houston Medical Clinic (Al Barsha) - Dubai

CONSULTATION DETAILS

نوع الاستشارة

NEW ☐

جديد

FOLLOW-UP ☐

المتابعة

CONSULTATION FEES

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE & STAMP

توقيع و ختم الطبيب

Dr. Thashreefa K.V
General Practitioner

DATE 19-Jul-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 ، أوافق 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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كالأصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

Roda