



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: Muhammad Khan
اسم المريض
DATE OF BIRTH: 22-Apr-1990
تاريخ الميلاد
GENDER: Male
الجنس
CARD NBR: 5A9C-CE3F-EF34-EFAD
رقم البطاقة
PAYER: Alliance Insurance
شركة التأمين

CASE INFORMATION

نوع الحالة

ACUTE

حادة

☒

CHRONIC

مزمنة

☐

PRE-EXISTING

موجودة مسبقاً

☐

INJURY

إصابة

☐

DIAGNOSIS

التشخيص

Cough, Throat ache x 1 week

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

No fever
No Cough
No Chills
No Leg pain
No Alcohol

CLINICAL FINDINGS

النتائج السريرية

REMARKS:

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN

الطبيب المعالج

Dr. Sajid Sanaullah Khan

General Practitioner

DHA No: 05750224-001

PESHAWAR MEDICAL CENTER LLC

DUBAI - U.A.E.

HOSPITAL / CLINIC

المستشفى / العيادة

Peshawar Medical Center (Arjan) Dubai

CONSULTATION DETAILS

نوع الاستشارة

NEW

جديد

☐

FOLLOW-UP

المتابعة

☐

CONSULTATION FEES

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE & STAMP

توقيع و ختم الطبيب

DATE 05-Jun-2022

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كالأصلي

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد