



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	Usama Ahmad	GENDER	Male
اسم المريض		الجنس	
DATE OF BIRTH	12-Jul-1997	PAYER	Orient Insurance
تاريخ الميلاد		شركة التأمين	
CARD NBR :	53D5-4C3F-EFE3-3FAD		
رقم البطاقة			

CASE INFORMATION

نوع الحالة

ACUTE

حادثة

CHRONIC

مزمنة

PRE-EXISTING

موجودة مسبقاً

INJURY

إصابة

DIAGNOSIS	
التشخيص	
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	

TREATING PHYSICIAN	
الطبيب المعالج	
HOSPITAL / CLINIC	Peshawar Medical Center (Arjan) Dubai
المستشفى / العيادة	
CONSULTATION DETAILS	NEW ☐ FOLLOW-UP ☐
نوع الاستشارة	جديد
CONSULTATION FEES	
رسوم الاستشارة	

DOCTOR'S SIGNATURE & STAMP

توقيع و ختم الطبيب

Dr. Sajid Sanaullah Khan
General Practitioner
DHA No: 05758224-001
PESHAWAR MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DATE 10-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.

انا الموقع ادناه ، افوض 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 كالأصلي

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد