



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	Umar Hayaat Qadir	GENDER	Male
اسم المريض		الجنس	
DATE OF BIRTH	30-Apr-1990	PAYER	Orient Insurance
تاريخ الميلاد		شركة التأمين	
CARD NBR :	2559-AC2F-EF53-7FAD		
رقم البطاقة			

CASE INFORMATION

نوع الحالة

ACUTE

حادثة

CHRONIC

مزمنة

PRE-EXISTING

موجودة مسبقاً

INJURY

إصابة

DIAGNOSIS

التشخيص

Bike Accident

AETIOLOGY

المسببات المرضية

Slip & Fall

(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

PAIN 10/10

NKDA

Inmobile hand

CLINICAL FINDINGS

النتائج السريرية

Distortion or fracture
Swollen left elbow area
Too Tender for exam

REMARKS:

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN

الطبيب المعالج

Dr. Sajid Sanjiv Khan

HOSPITAL / CLINIC

المستشفى / العيادة

Peshawar Medical Center (Arjan) Dubai

CONSULTATION DETAILS

نوع الاستشارة

NEW

جديد

FOLLOW-UP

متابعة

CONSULTATION FEES

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE & STAMP

توقيع و ختم الطبيب

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

DATE 11-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

Umar Hayaat Qadir