



CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة



Dear Doctor, for your prescription, you are kindly requested to fill the Prescription/Advice Form along with this form.

عزيزي الطبيب ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقاً مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME Jan Jacen Boloyos Ruiz

اسم المريض

DATE OF BIRTH 15-Sep-1993

تاريخ الميلاد

GENDER Female

الجنس

CARD NBR : D5A2-224F-EF7C-3FAD

رقم البطاقة

PAYER Medgulf

شركة التأمين

CASE INFORMATION

نوع الحالة

ACUTE ☒

حادّة

CHRONIC ☐

مزمنة

PRE-EXISTING ☐

موجودة مسبقاً

INJURY ☐

إصابة

DIAGNOSIS

التشخيص

URTI

AETIOLOGY

المسببات المرضية

COVID

(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

Cold, Nose blocked, No smell & Taste X 3 DAYS PCR

CLINICAL FINDINGS

النتائج السريرية

REMARKS:

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN

الطبيب المعالج

Dr. Sajid Sanaulah Khan

General Practitioner

DHA No: 05758224-001

PESHAWAR MEDICAL CENTER LLC

DUBAI - U.A.E.

HOSPITAL / CLINIC

المستشفى / العيادة

Peshawar Medical Center (Arjan) Dubai

CONSULTATION DETAILS

نوع الإستشارة

NEW ☐

جديد

FOLLOW-UP ☐

المتابعة

CONSULTATION FEES

رسوم الإستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE & STAMP

توقيع و ختم الطبيب

DATE 14-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