



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 Raju Mahanti

اسم المريض

DATE OF BIRTH 02-Nov-1978

تاريخ الميلاد

GENDER Male

الجنس

CARD NBR : 5ED5-AA3F-EF5C-5FAD

رقم البطاقة

PAYER Medgulf

شركة التأمين

CASE INFORMATION

نوع الحالة

ACUTE ☐

حادة

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

المستشفى / العيادة

Peshawar Medical Center (Arjan) Dubai

CONSULTATION DETAILS

نوع الاستشارة

NEW ☐

جديد

Follow-up ☐

متابعة

Dr. Saadullah Khan

General Practitioner

Phone: 05758224-001

PESHAWAR MEDICAL CENTER LLC

DUBAI - U.A.E.

CONSULTATION FEES

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE & STAMP

توقيع و ختم الطبيب

DATE 15-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 كالأصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد