



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 . لوصلت الطبية . نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME : HARSHADA DILIPSINH BHAPKAR DILIPSINH BAPUSAHEB BHAPKAR

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 27-Oct-1994

تاريخ الميلاد

CARD NBR : 4539-324F-EF35-2FAD

رقم البطاقة

GENDER : Female

الجنس

PAYER : NAS - SR WN

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE

نوع الحالة

☐ CHRONIC

مزمنة

☐ PRE-EXISTING

موجودة مسبقا

☐ INJURY

إصابة

DIAGNOSIS : H60.512 - Acute actinic otitis externa, left ear, T49.4X5A - Adverse effect of keratolyt/keratoplast/hair trmt drug, init

التشخيص

AETIOLOGY : Enter Aetiology

لمسببات المرضية

(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)

(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS :

Complaint

العراض المرضية

trauma to left ear canal after cleaning with a ear bud

blood in ear canal

hair fall

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

CPT Code

Treatment

Type

9

Consultation Gp

General Consultation

REMARKS :

الملحظات

Enter Remarks

TREATING PHYSICIAN : TOOBA

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : Irham Medical Center Arjan

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS :

نوع الاستشارة

☐ New

جديد

☐ Follow Up

المتابعة

CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION FEES

رسوم الاستشارة

Dr. Tooba Karim

General Practitioner

DHA No 37515988-001

SHAWAR MEDICAL CENTER LLC

DUBAI - U.A.E

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

DATE: 05/08/2022

التاريخ

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies of medical