



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 مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME

اسم المريض

DATE OF BIRTH

تاريخ الميلاد

CARD NBR :

رقم البطاقة

GENDER

الجنس

PAYER

شركة التأمين

Insurance House

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

Emirates International Hospital (Al Jimi) Al Ain

CONSULTATION DETAILS

نوع الإستشارة

NEW

جديد

FOLLOW-UP

المتابعة

CONSULTATION FEES

رسوم الإستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE & STAMP

توقيع و ختم الطبيب

DATE 06-Dec-2025

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 والحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كالأصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد