



## DENTAL TREATMENT FORM

### نموذج علاج الأسنان



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'S NAME اسم المريض	Roseller Enriquez	GENDER الجنس	Male
DATE OF BIRTH تاريخ الميلاد	25-Apr-1971	PAYER شركة التأمين	Watania Takaful Family
CARD NBR : رقم البطاقة	44A2-333F-EF22-EFAD		

#### CASE INFORMATION

بيانات الحالة

DIAGNOSIS التشخيص	K05.10 : Chronic gingivitis, Plaque induced. K03.6 : Deposits on teeth.
AETIOLOGY المسببات المرضية	(Please indicate the exact cause in case of injuries) (الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الإصابات) Accumulation of plaque and calculus on teeth.
PROCEDURE / MANAGEMENT PLANNED خطة العلاج / العملية	: D1110 - Prophylaxis

TREATING DENTAL SPECIALIST طبيب الأسنان المعالج	Dr. Rehna Ramachandran General Dentist DHA-00112064-001
HOSPITAL / CLINIC المستشفى / العيادة	DENTISTREE DENTAL CLINIC (AL MINA RD) DUBAI
CONSULTATION DETAILS نوع الإستشارة	NEW <input checked="" type="checkbox"/> FOLLOW-UP <input type="checkbox"/>
	CONSULTATION FEES رسوم الإستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP  
توقيع و ختم الطبيب

DATE 01-May-2024  
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 ، أوافق 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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كالأصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

