

To be completed by Medical Attendant in full

يتم تعبئة هذا الطلب من قبل الطبيب المعالج بالكامل

Patient name:	إسم المريض:
Date of birth:	تاريخ الميلاد:
Insurance ID No.:	رقم بطاقة التأمين:
Policyholder:	إسم حامل الوثيقة:
Patient's mobile number:	رقم الهاتف المتحرك:
Patient's file No.:	رقم الملف الطبي:
Nationality:	الجنسية:

Type of visit: <input type="checkbox"/> First visit <input type="checkbox"/> Follow up		نوع الزيارة: <input type="checkbox"/> متابعه <input type="checkbox"/> الزيارة الأولى	
1	Cause of visit: <input type="checkbox"/> Work related Injury <input type="checkbox"/> Physical <input type="checkbox"/> Maternity <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Others	سبب الزيارة: <input type="checkbox"/> إصابة عمل <input type="checkbox"/> مرض جسدي <input type="checkbox"/> حمل وولادة <input type="checkbox"/> حادث <input type="checkbox"/> أسنان <input type="checkbox"/> حالات أخرى	
2	Symptoms: _____ Origin and cause _____ Duration: _____	الأعراض: _____ السبب: _____ المدة: _____	
3	Has the patient previously suffered from the above illness? If yes, Period involved: _____	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	هل عانى المريض سابقاً من هذه الحالة المرضية؟ إذا "نعم"، الفترة التي عانى فيها: _____
4	Has the patient previously suffered from any other accident or illness which affects the present illness? If yes, please state: _____ Period involved: _____	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا	هل عانى المريض سابقاً من مرض أو إصابة تسببت في هذه الحالة المرضية؟ إذا نعم، إشرح الحالة: الفترة الزمنية للحالة: _____
5	Diagnosis: _____ <input type="checkbox"/> (Acute) مرض عارض <input type="checkbox"/> (Chronic) مرض مزمن	التشخيص: _____ التصنيف الدولي للمرض: _____	
6	Treatment provided: <input type="checkbox"/> Medicine <input type="checkbox"/> Injection <input type="checkbox"/> Procedures <input type="checkbox"/> Others	العلاج: <input type="checkbox"/> دواء <input type="checkbox"/> حقن <input type="checkbox"/> إجراء طبي <input type="checkbox"/> أخرى	

If any of the following is required, please specify type of test and indication (Provide CPT Code, if agreed) يرجى تحديد الإجراء الطبي

No.	Investigations نوع الإجراء	CPT Code التصنيف	No.	Investigations نوع الإجراء	CPT Code التصنيف
1			4		
2			5		
3			6		

Indications: _____ الأسباب:

I certify that I have satisfied myself by personal examination that all the foregoing statements are accurate and correct
 أشهد بناءً على فحصي الشخصي للمريض أن البيانات أعلاه صحيحة و دقيقة

Signature & stamp (التوقيع) : _____ Qualifications (المؤهل) : _____ Date (التاريخ): _____

DECLARATION : I hereby consent to and authorize the attending physician to provide AL-BUHAIRA NATIONAL INSURANCE CO. with complete information, including copies of my records with reference to any sickness or accident, any treatment, examination, advice or hospitalization. Any photocopy of this authorization shall be taken as original copy.

تصريح: أنا الموقع أدناه اخول الجهة الطبية تزويد شركة البحيرة الوطنية للتأمين بكافة المعلومات الطبية أو أي تقارير طبية بخصوص أي مرض أو حادث أو علاجات أو فحوصات أو إستشارات أو إستشفاء. أي نسخة عن هذا التفويض تعتبر نسخة أصلية.

Patient's signature:	توقيع المريض:
Date of visit:	تاريخ الزيارة:

* Form to be submitted along with the invoice