



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 ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME : RAMESH KUMAR BHASKAR

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 10-Aug-1992

تاريخ الميلاد

CARD NBR : N1PL-3NMM-VMVR-3VAE

رقم البطاقة

GENDER : Male

الجنس

PAYER : NAS VN

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough, I10 - Essential (primary) hypertension, R51.9 - Headache, unspecified, J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding

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 والحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS : Complaint

العراض المرضية

co fever on and off high grade headache dry cough bodyache 17th july 2024

oe

chest is clear no added sounds

restless

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
81001	Urns Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab
85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
86140	C-Reactive Protein	Lab

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN : Humaira
الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES
نوع الاستشارة جديد المتابعة رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

Dr. Humaira Mumtaz
General Practitioner
DHA No: 54155530-002
CITICARE MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DATE: 21/07/2024

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 ، 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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد