



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 : MANOJ SHIVRAM

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 28-Apr-1994

تاريخ الميلاد

CARD NBR : EAIE-2C4C-DCDR-9DEA

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, J03.90 - Acute tonsillitis, unspecified, J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R05 - Cough, 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 و الحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS : Complaint

العراض المرضية

co fever onand off dry cough pain in throat nasal blockage 3rd sep. 2024

oe

enlarge tonsills

chest is wheezing

RESTLESS

smoker alcohol

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
0006-124513-2071	Ventolin [Solution For Nebulization - 5mg/2.5ml - 2.50 Liquids Nebule (x20)]	Co.Pay
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab

REMARKS :

TREATING PHYSICIAN : Humaira

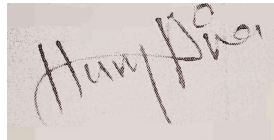
HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up **CONSULTATION FEES :**

الملحظات : الملاحظة : رسوم الاستشارة : نوع الاستشارة : جديد : المتابعة : رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



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

DATE: 08/09/2024

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 كالتصليح

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

