



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

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME : NEETHU VAILOPILLY RAVINDRA RAVINDRA VELAYUDAN
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 05-Apr-1991
تاريخ الميلاد
CARD NBR : ERAE-RG4C-DCD9-CDEA
رقم البطاقة
GENDER : Female
الجنس
PAYER : NAS - EN CN GN
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, R52 - Pain, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R06.02 - Shortness of breath

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

CO FEVER on and off running nose pain in the throat 3rd sep. 2024
oe
enlarge tonsills
chest is clear no added sounds
restless
already taking azithromycine 1 day before h/f asthma
pat. refused for nebulization and injectible also

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab

النتائج السريرية

REMARKS :	Enter Remarks
الملاحظات	

TREATING PHYSICIAN :	Humaira
الطبيب المعالج	
HOSPITAL /CLINIC :	CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة	
CONSULTATION DETAILS :	☐ New ☐ Follow Up
نوع الاستشارة	جديد المتابعة
CONSULTATION FEES :	Enter CONSULTATION FEES
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: 10/09/2024

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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد