



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	:	SIRI SANGBONG	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	22-May-1987	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	R36P-R3LM-VMV6-3VAE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

CASE INFORMATION	:	☐ ACUTE	☐ CHRONIC	☐ PRE-EXISTING	☐ INJURY
نوع الحالة		حادة	مزمنة	موجودة مسبقا	إصابة

DIAGNOSIS	:	E86.0 - Dehydration, R10.30 - Lower abdominal pain, unspecified														
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														
الاعراض المرضية		co 13 weeks pregnant 11 /09/ 2024 nmc ultrasound and history of fibroid now feeling pain to the lower abdominal region oe dehydration pain in the lower abdominal region chest is clear no added sound stable she wants rest patient refused to go gynaecologist														
CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96360</td><td>Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0102-111908-1001</td><td>SODIUM CHLORIDE B.P.</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr></tbody></table>			CPT Code	Treatment	Type	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay	0102-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy	9	Consultation Gp	General Consultation
CPT Code	Treatment	Type														
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay														
0102-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy														
9	Consultation Gp	General Consultation														
النتائج السريرية																
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

Humaira Mumtaz

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

DATE: 12/09/2024

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

