



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 : WASEEM AHMED

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 10-Aug-1989

تاريخ الميلاد

CARD NBR : GFAI-I1E2-C2CG-8CDE

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 : A05.9 - Bacterial foodborne intoxication, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R11.10 - Vomiting, unspecified, R19.7 - Diarrhea, unspecified, R10.9 - Unspecified abdominal pain

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 on and off vomitting diarrhea 6 episodes dehydration pain in the abdomen 10th sep. 2024
oe
chest is clear no added sounds
restless

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
0002-116601-1001	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]	Pharmacy

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

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 وختم الطبيب

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

DATE: 15/09/2024

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 كالمصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد