



## 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  | : PRADEESH VASU PRASANNAN PRASANNAN PRAMEELA |              |          |
| اسم المريض    |                                              |              |          |
| DATE OF BIRTH | : 07-Oct-1990                                | GENDER       | : Male   |
| تاريخ الميلاد |                                              | الجنس        |          |
| CARD NBR      | : L56N-6RLM-VMVT-5VAE                        | PAYER        | : NAS VN |
| رقم البطاقة   |                                              | شركة التأمين |          |

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : R03.0 - Elevated blood-pressure reading, w/o diagnosis of htn

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 dizziness working in the night can not can not walk properly pain in the headache

5th sep. 2024

oe chest is clear no added sounds

restless

advise rest for 2 days

| CLINICAL FINDINGS | CPT Code         | Treatment                                     | Type                 |
|-------------------|------------------|-----------------------------------------------|----------------------|
|                   | 96372            | Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im | Co.Pay               |
| النتائج السريرية  | 0005-149902-1021 | CLOFEN                                        | Pharmacy             |
|                   | 9                | Consultation Gp                               | General Consultation |

REMARKS : Enter Remarks

الملاحظات

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

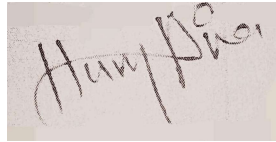
جديد

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: 17/09/2024

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

