



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 : JURI IM
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 31-May-1997 GENDER : Female
تاريخ الميلاد الجنس
CARD NBR : JKJF-KGE2-C2CG-8CDE PAYER : NAS - EN CN GN
رقم البطاقة شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : K29.00 - Acute gastritis without bleeding, N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, R10.9 - Unspecified abdominal pain, R50.9 - Fever, 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 و الحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS :

Complaint

co abdominal pain fever on and off dark colour of urine burning of urine bodyache taking penadol at home
oe

العراض المرضية

epigastric pain

chest is clear no added sounds

restless

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbstd/Drug	Co.Pay
0005-242802-0781	PANTONIX 40MG I.V.	Pharmacy
86677	Antibody Helicobacter Pylori	Lab
81001	Urnl Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl 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

CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة

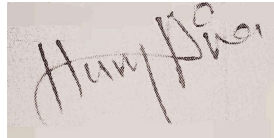
جديد

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: 22/09/2024

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

