CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة

Dear Doctor, for your prescription, you are kindly requested to fill the Prescription/Advice Form along with this form.

عزيزي الطبيب ، لوصفتك الطبية ، ترجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME اسم المريض	: MANNU KUSHWAHA PURAN KUSHWAHA		
DATE OF BIRTH تاريخ الميلد	: 16-Oct-1985	**GENDER** الجنس	: Male
CARD NBR رقم البطاقة	: EA2G-GFE2-C2CK-ECDE	**PAYER** شركة التأمين	: NAS - SRN WN

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

DIAGNOSIS التشخيص : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, J00 - Acute nasopharyngitis [common cold], M54.5 - Low back pain, K21.9 - Gastro-esophageal reflux disease without esophagitis, R05 - Cough, E03.9 - Hypothyroidism, unspecified

AETIOLOGY المسببات المرضية : *Enter Aetiology*

(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)

(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالت المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS العراض المرضية :

Complaint
pc: fever cough flu body pain headache previously known hypothyroidisim

CLINICAL FINDINGS النتائج السريرية :

CPT Code	Treatment	Type
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
84481	Triiodothyronine T3 Free	Lab
84443	Thyroid Stimulating Hormone Tsh	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy

CPT Code	Treatment	Type
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy

REMARKS : *Enter Remarks*
الملحظات

TREATING PHYSICIAN : AHSAN HUSSAIN
الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ○ **New** ○ **Follow Up** **CONSULTATION FEES :** *Enter CONSULTATION FEE*
نوع الستشارة **جديد** **المتابعة** **رسوم الستشارة**

Dr. Ahsan Hussain
General Practitioner
DHA No: 87543658-001
CITICARE MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP **DATE:** 07/10/2024
توقيع و ختم الطبيب **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 العلج الحالي أو السابق لي أو للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. اية صوره عن هذا التخويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد