



## 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 ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

### PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

|               |   |                     |                |
|---------------|---|---------------------|----------------|
| PATIENT NAME  | : | MOHAMMAD SHAHAJALAL |                |
| اسم المريض    |   |                     |                |
| DATE OF BIRTH | : | 15-Feb-1990         | GENDER : Male  |
| تاريخ الميلاد |   |                     | الجنس          |
| CARD NBR      | : | AI24-GG4C-DCDG-IDEA | PAYER : NAS VN |
| رقم البطاقة   |   |                     | شركة التأمين   |

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, J30.9 - Allergic rhinitis, 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

العراض المرضية

co fever on and off taking tablet at home productive cough nasal congestion 3rd oct. 2024  
oe  
enlarge tonsills  
chest is congested no added sounds  
restless

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

| CPT Code         | Treatment                                                                 | Type                 |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 85025            | Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl Wbc Count                         | Lab                  |
| 86140            | C-Reactive Protein                                                        | Lab                  |
| 0006-402805-2071 | Ventolin [Solution For Nebulization - 5mg/ml - 20.00 Liquids Bottle (x1)] | Co.Pay               |
| 9                | Consultation Gp                                                           | General Consultation |
| 94640            | Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment                           | Co.Pay               |
| 96365            | Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr                           | Co.Pay               |
| 0005-149902-1021 | CLOFEN                                                                    | Pharmacy             |

|            | CPT Code      | Treatment | Type |
|------------|---------------|-----------|------|
| REMARKS :  | 0195-107704-  |           |      |
| الملحظات : | Enter Remarks |           |      |

|                        |                             |                                 |                                             |
|------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------|
| TREATING PHYSICIAN :   | Humaira                     |                                 |                                             |
| الطبيب المعالج :       |                             |                                 |                                             |
| HOSPITAL /CLINIC :     | CITICARE MEDICAL CENTER LLC |                                 |                                             |
| المستشفى / العيادة :   |                             |                                 |                                             |
| CONSULTATION DETAILS : | <input type="radio"/> New   | <input type="radio"/> 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: 07/10/2024

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 كالصليه

## BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد