



## 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 : CHRIS LUCKSON LOYOLA LOYOLA

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 09-Dec-2000

تاريخ الميلاد

CARD NBR : I019-004-119655780-01

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 : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R11.10 - Vomiting, unspecified, R05 - Cough, R50.9 - Fever, unspecified, 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 penadol vomitting running nose dry cough 8th oct 2024  
oe  
chest is congested no added sounds  
restless

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

| CPT Code         | Treatment                                       | Type                 |
|------------------|-------------------------------------------------|----------------------|
| 96375            | Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug     | Co.Pay               |
| 9                | Consultation Gp                                 | General Consultation |
| 0005-150403-1021 | PREMOSAN                                        | Pharmacy             |
| 94640            | Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment | Co.Pay               |
| 0188-135906-2441 | PULMICORT                                       | Pharmacy             |
| 96365            | Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr | Co.Pay               |
| 0005-149902-1021 | CLOFEN                                          | Pharmacy             |
| 0195-107704-0801 | CEFTRIAXONE-TABUK IV                            | Pharmacy             |

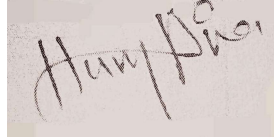
REMARKS : Enter Remarks

الملاحظات

|                      |   |                                                           |                                    |
|----------------------|---|-----------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 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 :                |
| نوع الاستشارة        |   | جديد المتابعة                                             | رسوم الاستشارة                     |
|                      |   |                                                           | <div>Enter CONSULTATION FEES</div> |

## 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: 11/10/2024

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 كاصلية

## BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

