



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 : SEBASTIAN MANUEL

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 03-Jan-1989

تاريخ الميلاد

CARD NBR : L1TP-56LM-VMVT-6VAE

رقم البطاقة

GENDER : Male

الجنس

PAYER : NAS - EN CN GN

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 PRODUCTIVE COUGH nasal congestion 14th oct 2024

oe chest is congested no added sounds

restless

alcoholic

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
86140	C-Reactive Protein	Lab

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN : Humaira

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up

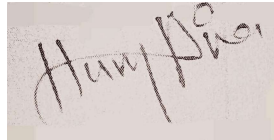
نوع الاستشارة جديد المتابعة

CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES

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: 17/10/2024

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

