



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 ، لوصفك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

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

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

DIAGNOSIS : N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, R50.9 - Fever, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R19.7 - Diarrhea, 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
العرض المرضية
co fever headache dark colour of urine pain in the urination
9th nov. 2024
oe chest is clear no added sounds
restless
tambakoo

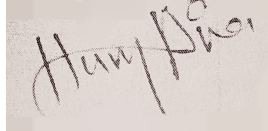
CLINICAL FINDINGS	CPT Code	Treatment	Type
	96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
	0131-116601-1001	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]	Pharmacy
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
	2190-106618-1002	Parafusiv [Solution For Injection - 10mg/ml - 50.00 Liquids Vial (x10)]	Pharmacy
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
	81001	Urnl Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab
	86140	C-Reactive Protein	Lab

CPT Code	Treatment	Type
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl Wbc Count	Lab
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 FEE
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: 13/11/2024

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

