



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 : SURAJ MEENA KISHAN MEENA
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 08-Dec-1997 GENDER : Male
تاريخ الميلاد الجنس
CARD NBR : 1RPL-3NMM-VMV5-5VAE PAYER : NAS VN
رقم البطاقة شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : L08.9 - Local infection of the skin and subcutaneous tissue, unsp, R50.9 - Fever, unspecified, R52 - Pain, 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 open wound on the forehead pus is coming 9th nov. 2024
oe chest is clear no added sounds
restless

CLINICAL FINDINGS	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Consultation
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl 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: 15/11/2024

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد