

**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	:	KASHIF KHAN RAZA	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	11-Nov-1997	GENDER : M
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	65ML-3NMM-VMVP-6VAE	PAYER : NA
رقم البطاقة			سيرة التأمين

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

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

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		No Complaints Found for Selected Appointment

CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.P</td></tr><tr><td>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Phar</td></tr><tr><td>9.01</td><td>Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.</td><td>Gene Cons</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.P	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Phar	9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	Gene Cons
CPT Code	Treatment	Type												
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.P												
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Phar												
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	Gene Cons												
النتائج السريرية														

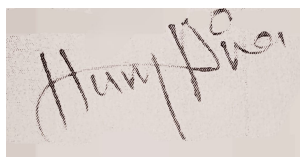
REMARKS	:	Enter Remarks
الملاحظات		

TREATING PHYSICIAN	:	Humaira
الطبيب المعالج		
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة		

CONSULTATION DETAILS	:	☐ New	☐ Follow Up	CONSULTATION FEES :	Enter CONSULTATION
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: 27,

التاريخ

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to r any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

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 رة منه. أية صوره عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

