



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

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	: NIRANJAN KUMAR GUPTA RAMSARAN GUPTA		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 10-Dec-2000	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 28E8-8FE2-C2CE-KCDE	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة		شركة 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, 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	co fever on and off running nose 26th nov. 2024 oe chest is congested no added sounds restless																													
CLINICAL FINDINGS	:																													
النتائج السريرية	<table> <thead> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>94640</td> <td>Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0188-135906-2441</td> <td>PULMICORT</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>96372</td> <td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>96365</td> <td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0005-149902-1021</td> <td>CLOFEN</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0195-107704-0801</td> <td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>86140</td> <td>C-Reactive Protein</td> <td>Lab</td> </tr> <tr> <td>85025</td> <td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrentl Wbc Count</td> <td>Lab</td> </tr> </tbody> </table>			CPT Code	Treatment	Type	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	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 Difrentl Wbc Count	Lab
CPT Code	Treatment	Type																												
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																												
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy																												
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																												
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	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 Difrentl 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 FEES

نوع الاستشارة

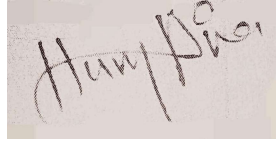
جديد

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: 29/11/2024

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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

