



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 : WALID MOSTAFA MOHAMED ELSAYED

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 30-Sep-1989

تاريخ الميلاد

CARD NBR : F8FA-GGE2-C2CI-ICDE

رقم البطاقة

GENDER : Male

الجنس

PAYER : NAS - EN CN GN

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE

نوع الحالة

☐ CHRONIC

حادة

مزمنة

☐ PRE-EXISTING

موجودة مسبقا

☐ INJURY

إصابة

DIAGNOSIS : J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, J02.9 - Acute pharyngitis, 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 on and off dry pain in throat epigastric pain 1st dec. 2024

oe chest is congested no added sounds

restless

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
0005-242802-0781	PANTONIX 40MG I.V.	Pharmacy
86677	Antibody Helicobacter Pylori	Lab
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl 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

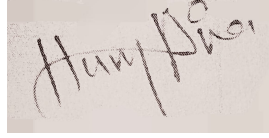
جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



Dr. Humaira Mumtaz
General Practitioner
DHA No: 54155530-002
CITICARE MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DATE: 05/12/2024

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

