



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	:	SAYED ADNAN ABBAS	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	15-Aug-1984	GENDER : Male
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	2G11-EIE2-C2C8-8CDE	PAYER : NAS - RN,RN+
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, R05 - Cough, 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		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>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96368</td><td>Iv Nfs Therapy Prophylaxis/Dx Concurrent Nfs</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAZONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</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>General Consultation</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	96368	Iv Nfs Therapy Prophylaxis/Dx Concurrent Nfs	Co.Pay	0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy	9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation
CPT Code	Treatment	Type															
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy															
96368	Iv Nfs Therapy Prophylaxis/Dx Concurrent Nfs	Co.Pay															
0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy															
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation															
REMARKS	:	Enter Remarks															
الملحظات																	

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: 07/12/2024

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

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

