



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 : MARC KAMAL BASILE
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 18-Jun-1988 GENDER : Male
تاريخ الميلاد الجنس
CARD NBR : IKEF-11E2-C2CK-8CDE 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, R05 - Cough, K29.00 - Acute gastritis without bleeding

التشخيص

AETIOLOGY : Enter Aetiology

لأسباب 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

co fever on and off productive cough nasal blockage 8th dec. 2024

oe chest is congested no added sounds

restless

smoker

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab

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 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: 11/12/2024

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد