



## 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 : ABDUL ROUF MANIYADUKKAM AHMED KUNNIL

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 19-Jun-1991

تاريخ الميلاد

CARD NBR : EE19-C24C-DCD1-1DEA

رقم البطاقة

GENDER : Male

الجنس

PAYER : NAS - SRN WN

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE

نوع الحالة

☐ CHRONIC

مزمنة

☐ PRE-EXISTING

موجودة مسبقا

☐ INJURY

إصابة

DIAGNOSIS : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R05 - Cough, R50.9 - Fever, unspecified, R09.81 - Nasal congestion, 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 productive cough nasal congestion 9th dec. 2024

oe chest is congested no added sounds

restless

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

| CPT Code         | Treatment                                        | Type                 |
|------------------|--------------------------------------------------|----------------------|
| 9                | Consultation Gp                                  | General Consultation |
| 96372            | Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im    | Co.Pay               |
| 96365            | Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr  | Co.Pay               |
| 94640            | Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment  | Co.Pay               |
| 0188-135906-2441 | PULMICORT                                        | Pharmacy             |
| 0005-149902-1021 | CLOFEN                                           | Pharmacy             |
| 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

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

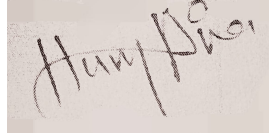
جديد

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: 12/12/2024

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 كالصلية

## BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

