



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

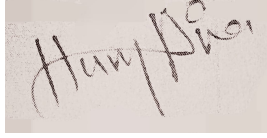
PATIENT NAME	:	LEZIL FERNANDES DAVID	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	19-Aug-1989	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	1K2K-JAF2-C2C2-FCDE	PAYER : NAS - RN,RN+
رقم البطاقة			شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, R35.0 - Frequency of micturition, R30.9 - Painful micturition, unspecified, E86.0 - Dehydration																										
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>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> <tr> <td>96361</td> <td>Iv Infusion Hydration Each Additional Hour</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>96372</td> <td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0005-136504-1021</td> <td>SCOPINAL</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0102-111908-1001</td> <td>SODIUM CHLORIDE B.P.</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>96365</td> <td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0002-116601-1001</td> <td>Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]</td> <td>Pharmacy</td> </tr> </tbody> </table>			CPT Code	Treatment	Type	9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy	0102-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	0002-116601-1001	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																										
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation																										
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay																										
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																										
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy																										
0102-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy																										
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																										
0002-116601-1001	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]	Pharmacy																										
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 FEES
نوع الاستشارة		جديد المتابعة	رسوم الاستشارة



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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

DATE: 20/12/2024

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 كالصلية

**BENEFICIARY'S SIGNATURE**

توقيع المستفيد