



## CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة



Dear Doctor, for your prescription, you are kindly requested to fill the Prescription/Advice Form along with this form.

عزيزي الطبيب ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

### PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

|               |                                |              |          |
|---------------|--------------------------------|--------------|----------|
| PATIENT NAME  | : JASPER JOHN BANARES VILLAFLO |              |          |
| اسم المريض    |                                |              |          |
| DATE OF BIRTH | : 07-May-1997                  | GENDER       | : Male   |
| تاريخ الميلاد |                                | الجنس        |          |
| CARD NBR      | : AJ2E-88E2-C2CG-ICDE          | PAYER        | : NAS VN |
| رقم البطاقة   |                                | شركة التأمين |          |

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : K29.00 - Acute gastritis without bleeding, N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, 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

co pain in abdomen heart burn dark colour of urine foaming in the urine 6th jan . 2025  
oe chest is clear no added sounds  
restless

CLINICAL FINDINGS :

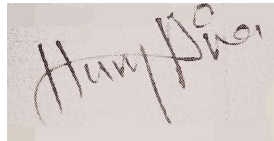
النتائج السريرية

| CPT Code         | Treatment                                                                                                           | Type                 |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 85025            | Blood Count; Complete (Cbc), Automated (Hgb, Hct, Rbc, Wbc And Platelet Count) And Automated Differential Wbc Count | Lab                  |
| 9.01             | Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.  | General Consultation |
| 96374            | Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug                                                                      | Co.Pay               |
| 87338            | Iaad Eia Hpylori Stool                                                                                              | Lab                  |
| 96372            | Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im                                                                       | Co.Pay               |
| 0005-149902-1021 | CLOFEN                                                                                                              | Pharmacy             |
| 96361            | Iv Infusion Hydration Each Additional Hour                                                                          | Co.Pay               |
| 0102-152902-1001 | LACTATED RINGERS INJECTION USP                                                                                      | Pharmacy             |

| CPT Code                                                                                                                                   | Treatment          | Type     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------|
| 0005-242802-0781                                                                                                                           | PANTONIX 40MG I.V. | Pharmacy |
| <b>REMARKS :</b><br>Enter Remarks                                                                                                          |                    |          |
| <b>TREATING PHYSICIAN :</b> Humaira                                                                                                        |                    |          |
| <b>HOSPITAL /CLINIC :</b> CITICARE MEDICAL CENTER LLC                                                                                      |                    |          |
| <b>CONSULTATION DETAILS :</b> <input type="radio"/> New <input type="radio"/> Follow Up <b>CONSULTATION FEES :</b> 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:** 12/01/2025

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

**BENEFICIARY'S SIGNATURE**

توقيع المستفيد

