



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
9	Consultation Gp	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
0005-242802-0781	PANTONIX 40MG I.V.	Pharmacy
81001	UrnlS Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto DifrnTl Wbc Count	Lab

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

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: 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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد