



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	: 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	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>96365</td> <td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0195-107704-0801</td> <td>CEFTRIAZONE-TABUK IV</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	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	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											
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay											
0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	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

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: 14/01/2025

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

