



## 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 : ZUBAIR SHOUKAT SHOUKAT ALI

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 10-Apr-1995

تاريخ الميلاد

CARD NBR : 24C4-4RCC-DCDG-GDEA

رقم البطاقة

GENDER : Male

الجنس

PAYER : NAS VN

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE

نوع الحالة

☐ CHRONIC

حادة

مزمنة

☐ PRE-EXISTING

موجودة مسبقا

☐ INJURY

إصابة

DIAGNOSIS : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R05 - Cough, R50.9 - Fever, unspecified, 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 on and off pain in throat productive cough nasal congestion 11 th jan. 2025  
oe chest iscongested no added sounds  
restless

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

| CPT Code         | Treatment                                        | Type                 |
|------------------|--------------------------------------------------|----------------------|
| 9                | Consultation Gp                                  | General Consultation |
| 94640            | Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment  | Co.Pay               |
| 0188-135906-2441 | PULMICORT                                        | Pharmacy             |
| 96372            | Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im    | Co.Pay               |
| 96365            | Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr  | Co.Pay               |
| 0005-149902-1021 | CLOFEN                                           | Pharmacy             |
| 0195-107704-0801 | CEFTRIAXONE-TABUK IV                             | Pharmacy             |
| 85025            | Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count | Lab                  |
| 86140            | C-Reactive Protein                               | 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

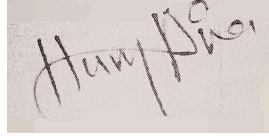
جديد

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

## BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

