



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	: MD ASSADUZZAMAM MD AWLAD HOSSAIN		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 24-Jan-1982	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 3MM2-363F-LFL2-6LED	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

CASE INFORMATION	: ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY
نوع الحالة	حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R05 - Cough, R50.9 - Fever, unspecified, T78.40XA - Allergy, unspecified, initial encounter, 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
العرض المرضية	co productive cough fever on and off skin allergy 11th jan .2025 oe chest is congested no added sounds restless smoker

CLINICAL FINDINGS	: <table> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> <tr> <td>94640</td> <td>Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0188-135906-2441</td> <td>PULMICORT</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>86140</td> <td>C-Reactive Protein</td> <td>Lab</td> </tr> <tr> <td>85025</td> <td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count</td> <td>Lab</td> </tr> </table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
CPT Code	Treatment	Type																	
9	Consultation Gp	General Consultation																	
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																	
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy																	
86140	C-Reactive Protein	Lab																	
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																	
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 FEE

نوع الاستشارة

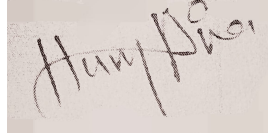
جديد

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: 18/01/2025

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

