



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 ، لوصفك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	: MAHEERA KHAN ROHAN KHAN		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 16-Oct-1996	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 1291-A1CC-DCDG-9DEA	PAYER	: NAS - RN,RN+
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : L03.011 - Cellulitis of right finger, R50.9 - Fever, unspecified, R52 - Pain, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, L02.91 - Cutaneous abscess, unspecified

التشخيص

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 :

العراض المرضية

co pusy nodule on the thumb
oe chest is clear no added sounds
restless

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
51.02	Non-Surgical Cleansing With Surgical Dressing Between 16 Sq Inches / 100 Sq Centimeters And 48 Sq Inches / 300 Sq Centimeters	General Consultation
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbdt/Drug	Co.Pay
0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy
9	Consultation Gp	General Consultation
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
0002-116601-1001	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]	Pharmacy

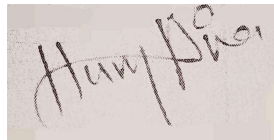
النتائج السريرية

	CPT Code	Treatment	Type
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
	8405		
REMARKS : الملاحظات :	Enter Remarks		

TREATING PHYSICIAN الطبيب المعالج	:	Humaira
HOSPITAL /CLINIC المستشفى / العيادة	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC
CONSULTATION DETAILS نوع الاستشارة	:	☐ New جديد ☐ Follow Up المتابعة
	CONSULTATION FEES :	Enter CONSULTATION FEES
	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: 21/01/2025

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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

