

**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	:	SUBHAN ULLAH SALAM KHAN			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	25-Mar-1999	GENDER	:	Male
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	E1E9-4G4C-DCDG-1DEA	PAYER	:	NAS - SRN WN
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, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R09.81 - Nasal congestion, R06.7 - Sneezing, R05 - Cough, R50.9 - Fever, 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 :

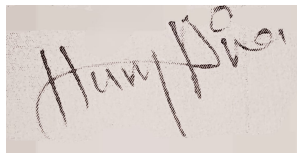
العراض المرضية

الناتج السريرية	Complaint		
	co fever on and off running nose dry cough 11th jan. 2025		
	oe chest is congested no added sounds		
	restless		
	CLINICAL FINDINGS :		
	CPT Code	Treatment	Type
	9.02	Gp Repeat Visit For Op Consultation Refers To Week 2, 3 & 4 From The Date Of Initial Consultation For Same Illness In Opd.	General Consultation
	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy	
86003	Allergen Specific Ige Quan/Semiquan Ea Allergen	Lab	
86140	C-Reactive Protein	Lab	
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab	
REMARKS :	<i>Enter Remarks</i>		
الملحظات			

TREATING PHYSICIAN	:	Humaira
الطبيب المعالج		
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة		
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New ☐ Follow Up
نوع الاستشارة		جديد المتابعة
CONSULTATION FEES :		<i>Enter CONSULTATION FEES</i>
		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: 24/01/2025

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. اية صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

