



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 : NIKOL PFEIFEROVA
اسم المريض
DATE OF BIRTH : 20-Apr-1993 GENDER : Female
تاريخ الميلاد الجنس
CARD NBR : 1EKI-KFE2-C2CI-GCDE PAYER : NAS - SRN WN
رقم البطاقة شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified

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

pc : sore throat , bodypain, fever 3 days
light headed ,wakness
smokes
no drug allergies
o/e ; lethargic , hydration status not good
hypermia of pharynx

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
9	Consultation Gp	General Consultation
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
2190-106618-1002	Parafusiv [Solution For Injection - 10mg/ml - 50.00 Liquids Vial (x10)]	Pharmacy

REMARKS :

TREATING PHYSICIAN : DR Amaizah

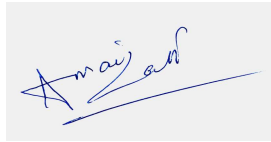
HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up **CONSULTATION FEES :**

نوع الاستشارة : ☐ جديد ☐ المتابعة **رسوم الاستشارة :**

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



Dr. Amaizah Ishtiaq
General Practitioner
DHA: 98486553-001
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DATE: 29/01/2025

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

