

**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	:	SHRI RAM CONGRES	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	15-Aug-2002	GENDER : Male
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	ERA2-EI4C-DCDE-2DEA	PAYER : NAS - SRN WN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R11.2 - Nausea with vomiting, 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

العرض المرضية

PC : PAIN ABDOMEN AFTER TAKING FOD FOR 3 DAYS

NO SMOKING

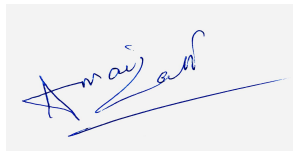
NO OTHR MED CONDITIONS

CLINICAL FINDINGS : النتائج السريرية	Complaint		
	CPT Code	Treatment	Type
	0005-150403-1021	Metoclopramide [Solution For Injection - 5mg/ml - 2.00 Liquids Vial (x5)]	Pharmacy
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	9	Consultation Gp	General Consultation
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrentl Wbc Count	Lab
REMARKS : الملاحظات	Enter Remarks		

TREATING PHYSICIAN : الطبيب المعالج	DR Amaizah			
HOSPITAL /CLINIC : المستشفى / العيادة	CITICARE MEDICAL CENTER LLC			
CONSULTATION DETAILS : نوع الاستشارة	☐ New جديد	☐ Follow Up المتابعة	CONSULTATION FEES : رسوم الاستشارة	Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



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

DATE: 30/01/2025

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلبه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

