



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	: AZAD HOSSAN PATWARY IBRAHIM HOSSAN PATWARY	
اسم المريض		
DATE OF BIRTH	: 27-Apr-1987	GENDER : Male
تاريخ الميلاد		الجنس
CARD NBR	: LPNL-3NMM-VMV1-TVAE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : I10 - Essential (primary) hypertension, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, E78.5 - Hyperlipidemia, unspecified, R34 - Anuria and oliguria, 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**

Known hypertensive presenting for medication refill.

co abdominal pain nausea dark colour of urine 26th jan. 2025

oe

epigastric pain ,pain in both flanks

chest is congested no added sounds

restless

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
81001	Urnl Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab
87338	Iaad Eia Hpylori Stool	Lab
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
0005-242802-0781	PANTONIX 40MG I.V.	Pharmacy
80061	Lipid Panel	Lab

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
80069	Renal Function Panel	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab

REMARKS : Enter Remarks

الملاحظات :

TREATING PHYSICIAN : Humaira
الطبيب المعالج

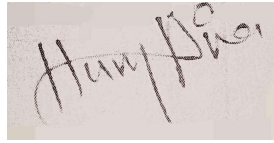
HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up
نوع الاستشارة جديد 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: 31/01/2025

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

