



## 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 ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

### PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

|               |   |                          |                |
|---------------|---|--------------------------|----------------|
| PATIENT NAME  | : | ISLAM AHMED FARRAG FOULI |                |
| اسم المريض    |   |                          |                |
| DATE OF BIRTH | : | 13-Jun-1996              | GENDER : Male  |
| تاريخ الميلاد |   |                          | الجنس          |
| CARD NBR      | : | 4RCC-2I4C-DCDI-2DEA      | PAYER : NAS VN |
| رقم البطاقة   |   |                          | شركة التأمين   |

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

نوع الحالة

حادثة

مزمنة

موجودة مسبقا

إصابة

DIAGNOSIS : L08.9 - Local infection of the skin and subcutaneous tissue, unsp, 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

co pus is coming from the rt finger fever on and off 1st feb .2025  
oe chest is clear no added sounds  
restless  
smoker

| CLINICAL FINDINGS : | CPT Code         | Treatment                                       | Type                 |
|---------------------|------------------|-------------------------------------------------|----------------------|
|                     | 10160            | Puncture Aspiration Abscess Hematoma Bulla/Cyst | Co.Pay               |
|                     | 9                | Consultation Gp                                 | General Consultation |
|                     | 96372            | Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im   | Co.Pay               |
|                     | 96365            | Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr | Co.Pay               |
|                     | 0005-149902-1021 | CLOFEN                                          | Pharmacy             |
|                     | 0195-107704-0801 | CEFTRIAXONE-TABUK IV                            | Pharmacy             |

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

Humaira

Dr. Humaira Muntaz  
General Practitioner  
DHA No: 54155530-002  
CITICARE MEDICAL CENTER LLC  
DUBAI - U.A.E.

DATE: 03/02/2025

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 كالصلية

**BENEFICIARY'S SIGNATURE**  
توقيع المستفيد

