



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	:	EHTISHAM RAJA PERVAIZ IQBAL		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	24-May-2002	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	LM3P-M6LM-VMVN-PVAE	PAYER	: NAS VN
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, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R09.81 - Nasal congestion		
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		co fever high grade pain in throat 1st feb. 2025 oe chest is congested no added sounds restless		
CLINICAL FINDINGS	:			
النتائج السريرية				
		CPT Code	Treatment	Type
		96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
		9	Consultation Gp	General Consultation
		96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
		96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
		0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
		0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
		2190-106618-1002	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
		86140	C-Reactive Protein	Lab
		85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
REMARKS	:	Enter Remarks		
الملحظات				

TREATING PHYSICIAN	:	Humaira
الطبيب المعالج		
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة		

CONSULTATION DETAILS

:

☐ New☐ Follow Up

CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

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

DATE: 04/02/2025

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