



## 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  | : | 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, R09.81 - Nasal congestion, R52 - Pain, 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

No Complaints Found for Selected Appointment

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

| CPT Code         | Treatment                                       | Type     |
|------------------|-------------------------------------------------|----------|
| 96372            | Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im   | Co.Pay   |
| 2190-106618-1001 | PARAFUSIV I.V. 10MG/ML                          | Pharmacy |
| 0005-149902-1021 | CLOFEN                                          | Pharmacy |
| 96365            | Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr | Co.Pay   |
| 0195-107704-0801 | CEFTRIAXONE-TABUK IV                            | Pharmacy |

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

Humaira

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

DATE: 05/02/2025

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

**BENEFICIARY'S SIGNATURE**  
توقيع المستفيد

