



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	: NASEEBULLAH SAID ZAMAN SAID ZAMAN		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 20-Mar-1990	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: I018-004-114774264-01	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

CASE INFORMATION	: ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY
نوع الحالة	حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	: J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R05 - Cough, R50.9 - Fever, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding												
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 running nose fever on and off taking penadol at home dry cough 1st feb. 2025 oe chest is congested no added sounds restless												
CLINICAL FINDINGS	: <table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>9.01</td><td>Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type											
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay											
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation											
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy											
النتائج السريرية													
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 Mumtaz

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

DATE: 10/02/2025

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

