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

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME اسم المريض	:	EKATERINA CHAGEEVA			
DATE OF BIRTH تاريخ الميلد	:	15-May-1988	**GENDER** الجنس	:	Female
CARD NBR رقم البطاقة	:	EJ28-I2E2-C2CF-2CDE	**PAYER** شركة التأمين	:	NAS VN

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

DIAGNOSIS : J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, J45.991 - Cough variant asthma, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, 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 الحالت المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS :

العراض المرضية

Complaint

pc : sore throat for 4 days associated with cough which is procuctive , yellow sputum, fever which is low grade for 3 days

bodyache , weakness , reduced appetite

epigastric pain assoc with taking oral meds

hx food allergy

o/e : hyperemia of pharynx

chest : wheezing

CLINICAL FINDINGS :

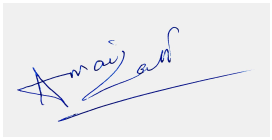
النتائج السريرية

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
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay

REMARKS : *Enter Remarks*

الملحظات

TREATING PHYSICIAN **الطبيب المعالج**	:	DR Amaizah			
HOSPITAL /CLINIC **المستشفى / العيادة**	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC			
CONSULTATION DETAILS **نوع الستشارة**	:	○ **New** **جديد**	○ **Follow Up** **المتابعة**	**CONSULTATION FEES :** **رسوم الستشارة**	*Enter CONSULTATION FEES*



Dr. Amaizah Ishtiaq
General Practitioner
DHA: 98486553-001
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP
توقيع و ختم الطبيب

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 العلج الحالي أو السابق لي أو للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. اية صوره عن هذا التخويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد