



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	: FEHAID FAYAZ BHAT FAYAZ AHMAD BHAT		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 18-Sep-1992	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: JKNK-633F-LFL6-KLED	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: R21 - Rash and other nonspecific skin eruption, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R05 - Cough, R52 - Pain, unspecified, 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 pc : throat pain and cough which is dry started 2 days ago 14/02/25 rash on body and itching started 15/02/25 not allrgic to any drug hs of meet intake 5 days ago ole : hyperemic pharynx chest wheezing															
العرض المرضية																
CLINICAL FINDINGS :	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>0188-135906-2441</td><td>PULMICORT</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>94640</td><td>Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type														
9	Consultation Gp	General Consultation														
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy														
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay														
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay														
النتائج السريرية																

	CPT Code	Treatment	Type
	H21-0927-01183-01	CHLOROHISTOL	Pharmacy
	0681-309101-1021	Dexamethasone Sodium Phosphate [Solution For Injection - 4mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x10)]	Pharmacy
	86005	Allergen Specific Ige Qual Multiallergen Screen	Lab
REMARKS : الملحظات	Enter Remarks		

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب

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

DATE: 17/02/2025

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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد