



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	:	ELISABETH KARINA YASMIN			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	22-Jul-1995	GENDER	:	Female
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	3LT1-RNMM-VMVN-3VAE	PAYER	:	NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين		

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified, R19.7 - Diarrhea, unspecified, R52 - Pain, unspecified, E86.0 - Dehydration

التشخيص

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)

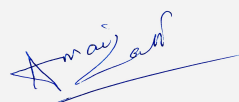
SYMPTOMS	:	Complaint
الاعراض المرضية		o: Recurrent upper abdominal pain for the past one month. Pain is worst at night and relieved following a meal pain epigastric region started again 16/02/ 25 assoctaed with vomitting and nauseaa o/e look pale dehydartedm lethargic tender abdomen

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	9	Consultation Gp	General Consultation
	87338	Iaad Eia Hpylori Stool	Lab
	86140	C-Reactive Protein	Lab
النتائج السريرية	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
	0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
	0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
	0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy

	CPT Code	Treatment	Type
REMARKS : الملاحظات	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co. Pay
	Enter Remarks		
TREATING PHYSICIAN : DR Amaizah 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 وختم الطبيب



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

DATE: 19/02/2025

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

