



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	: RAHMAN GHANI ABDUL QATAR		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 01-Jan-1990	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: EC22-II4C-DCD9-4DEA	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

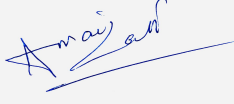
CASE INFORMATION	: ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY
نوع الحالة	حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	: R52 - Pain, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, J01.40 - Acute pansinusitis, 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	: <table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><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>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><tr><td>0005-111805-1021</td><td>Chlorohistol [Solution For Injection - 10mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x5)]</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0437-122107-1021</td><td>Dexamethasone [Solution For Injection - 4mg/ml - 1.00 Liquids Vial (x10)]</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-111805-1021	Chlorohistol [Solution For Injection - 10mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x5)]	Pharmacy	0437-122107-1021	Dexamethasone [Solution For Injection - 4mg/ml - 1.00 Liquids Vial (x10)]	Pharmacy	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																							
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation																							
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy																							
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																							
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																							
0005-111805-1021	Chlorohistol [Solution For Injection - 10mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x5)]	Pharmacy																							
0437-122107-1021	Dexamethasone [Solution For Injection - 4mg/ml - 1.00 Liquids Vial (x10)]	Pharmacy																							
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																							
النتائج السريرية																									
REMARKS	: Enter Remarks																								
الملاحظات																									

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 و ختم الطبيب



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

DATE: 21/02/2025

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

