



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	:	NAZEEMA PETERSEN			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	26-Nov-1993	GENDER	:	Female
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	4EAI-9G4C-DCD2-EDEA	PAYER	:	NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين		

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R52 - Pain, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R11.0 - Nausea, R19.7 - Diarrhea, unspecified

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 :

العرض المرضية

patient have body pain fever and cough for one day

having nausea and dirrhea

low bp

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
	9	Consultation Gp	General Consultation
	0002-116601-1001	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]	Pharmacy
	0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy
	0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab

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 وختم الطبيب

Handwritten signature of Dr. Humaira Mumtaz

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

DATE: 22/02/2025

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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

Placeholder for Beneficiary's Signature