



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 : BLESSMORE BANGIRA

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 01-Feb-1988

تاريخ الميلاد

CARD NBR : K23N-M33F-LFLF-6LED

رقم البطاقة

GENDER : Female

الجنس

PAYER : NAS VN

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE

نوع الحالة

☐ CHRONIC

حادة

مزمنة

☐ PRE-EXISTING

موجودة مسبقا

☐ INJURY

إصابة

DIAGNOSIS : R51.9 - Headache, unspecified, R42 - Dizziness and giddiness, R73.9 - Hyperglycemia, unspecified, D50.9 - Iron deficiency anemia, 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

العرض المرضية

patient came with dizziness and headache for three days .

patient looks pale .and weak

allergic to amoxicillin

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
النتائج السريرية	9	Consultation Gp	General Consultation
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy
	2190-106618-1001	Parafusiv [- -]	Pharmacy
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
	80061	Lipid Panel	Lab
	82947	Glucose Quantitative Blood Xcpt Reagent Strip	Lab

REMARKS : Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : Humaira

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

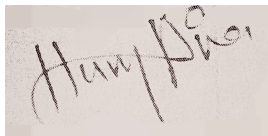
CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up

CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



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

DATE: 24/02/2025

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

