



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	:	TARUN KHATI		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	07-Jun-1998	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	G224-GG4C-DCD2-IDEA	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	:	J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, J45.991 - Cough variant asthma, E86.0 - Dehydration																											
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 ; cough which is dry associate iwth smoking and sore throat associated with sneezing and low grade fever started 03/03/35 o/e : look lethargic and dehydareted hyperemic pharynx chest congested																											
العراض 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>96375</td><td>Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96361</td><td>Iv Infusion Hydration Each Additional Hour</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0439-152905-1001</td><td>LACTATED RINGER'S INJECTION USP</td><td>Pharmacy</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>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay	0439-152905-1001	LACTATED RINGER'S INJECTION USP	Pharmacy	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-111805-1021	Chlorohistol [Solution For Injection - 10mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x5)]	Pharmacy	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																											
9	Consultation Gp	General Consultation																											
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay																											
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																											
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay																											
0439-152905-1001	LACTATED RINGER'S INJECTION USP	Pharmacy																											
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																											
0005-111805-1021	Chlorohistol [Solution For Injection - 10mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x5)]	Pharmacy																											
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																											
النتائج السريرية																													

	CPT Code	Treatment	Type
REMARKS : الملحظات	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
	Enter Remarks		
TREATING PHYSICIAN : DR Amaizah			
HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC			
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: 06/03/2025

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد