CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة

Dear Doctor, for your prescription, you are kindly requested to fill the Prescription/Advice Form along with this form.

عزيزي الطبيب ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME اسم المريض	:	MUHAMMAD AWAIS MAJEED			
DATE OF BIRTH تاريخ الميلد	:	04-Feb-1992	**GENDER** الجنس	:	Male
CARD NBR رقم البطاقة	:	RCRG-AICC-DCD9-GDEA	**PAYER** شركة التأمين	:	NAS VN

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

DIAGNOSIS التشخيص : K29.70 - Gastritis, unspecified, without bleeding, K59.00 - Constipation, unspecified, R10.84 - Generalized abdominal pain

AETIOLOGY لمسببات المرضية : *Enter Aetiology*

(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)

(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالت المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS العراض المرضية :

Complaint
abdominal pain
constipation
dyspepsia
o/e abdominal tenderness

CLINICAL FINDINGS النتائج السريرية :

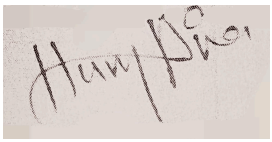
CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
0195-242802-0342	Gastropan [Tablet - 40mg - 15.00 Tablets Bottle (x1)]	Pharmacy
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab

REMARKS الملحظات : *Enter Remarks*

TREATING PHYSICIAN الطبيب المعالج	:	Humaira
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS	:	○ **New**	○ **Follow Up**	**CONSULTATION FEES :**	*Enter CONSULTATION FEES*
نوع الستشارة		**جديد**	**المتابعة**	**رسوم الستشارة**	



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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP
توقيع و ختم الطبيب

DATE: 09/03/2025
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 العلج الحالي أو السابق لي أو للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. اية صوره عن هذا التخويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد