



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	:	ISHAAK SSUUBI		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	01-May-1984	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	I019-004-118137885-01	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:																															
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																																
		TIENT CAME FOR FOLLOW UP																														
		WOUND IS BETTER STILL RED NO BLEEDING NO DISCHARGE																														
		COMPLAIN OF HEART BURN AND MOUTH ULCERATION																														
CLINICAL FINDINGS	:																															
النتائج السريرية																																
		<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>85025</td><td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrentl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr><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>86140</td><td>C-Reactive Protein</td><td>Lab</td></tr><tr><td>96374</td><td>Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug</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>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-174202-0781</td><td>RISEK 40MG</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>51.03</td><td>Non-Surgical Cleansing With Surgical Dressing More Than 48 Sq Inches / 300 Sq Centimeters.</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>15850</td><td>Removal Sutures Under Anesthesia Same Surgeon</td><td>Co.Pay</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrentl Wbc Count	Lab	9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation	86140	C-Reactive Protein	Lab	96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy	51.03	Non-Surgical Cleansing With Surgical Dressing More Than 48 Sq Inches / 300 Sq Centimeters.	General Consultation	15850	Removal Sutures Under Anesthesia Same Surgeon	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type																														
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrentl Wbc Count	Lab																														
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation																														
86140	C-Reactive Protein	Lab																														
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay																														
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																														
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																														
0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy																														
51.03	Non-Surgical Cleansing With Surgical Dressing More Than 48 Sq Inches / 300 Sq Centimeters.	General Consultation																														
15850	Removal Sutures Under Anesthesia Same Surgeon	Co.Pay																														
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 وختم الطبيب

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

DATE: 10/03/2025

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. اية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد