



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	:	SUNIL LAL SAUNU LAL		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	07-Jul-1994	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	EEG4-GG4C-DCDI-4DEA	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : R21 - Rash and other nonspecific skin eruption, L29.8 - Other pruritus, R50.9 - Fever, 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

الاعراض المرضية

PC : SKIN RASH AND LESIONS WITH ITCHING BETWEEN WEBS OF BOTH FEET

ASSOCIATED WITH LOW GRADE FEVER

O/E : LESIONS WITH FLUID Oozing BETWEEN WEBS

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Consultation
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	80061	Lipid Panel	Lab
	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
	0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
	0195-107704-0802	CEFTRIAXONE-TABUK IM	Pharmacy
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl Wbc Count	Lab

REMARKS : Enter Remarks

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : DR Amaizah

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC
المستشفى / العيادة

: CITICARE MEDICAL CENTER LLC

CONSULTATION DETAILS
نوع الاستشارة

:

☐ New
جديد

☐ Follow Up
المتابعة

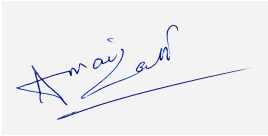
CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION FEES

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم 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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

