



## 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  | : | KELVIN KABAGMBE     |              |          |
| اسم المريض    |   |                     |              |          |
| DATE OF BIRTH | : | 15-Jan-1985         | GENDER       | : Male   |
| تاريخ الميلاد |   |                     | الجنس        |          |
| CARD NBR      | : | NNM2-363F-LFLH-KLED | PAYER        | : NAS VN |
| رقم البطاقة   |   |                     | شركة التأمين |          |

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

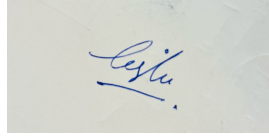
نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

|                                                                                   |   |                                                                                                                                                               |                                                                                                                    |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| DIAGNOSIS                                                                         | : | A49.9 - Bacterial infection, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, E86.0 - Dehydration, R52 - Pain, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding |                                                                                                                    |                      |
| 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                                                                    |   | PATIENT CAME WITH HIGH GRADE FEVER WITH SEVER BODY PAIN<br>HIGH CRP                                                                                           |                                                                                                                    |                      |
| CLINICAL FINDINGS                                                                 | : |                                                                                                                                                               |                                                                                                                    |                      |
| النتائج السريرية                                                                  |   |                                                                                                                                                               |                                                                                                                    |                      |
|                                                                                   |   | CPT Code                                                                                                                                                      | Treatment                                                                                                          | Type                 |
|                                                                                   |   | 9.01                                                                                                                                                          | Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner. | General Consultation |
|                                                                                   |   | 96374                                                                                                                                                         | Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug                                                                     | Co.Pay               |
|                                                                                   |   | K53-4025-04308-01                                                                                                                                             | PARAFUSIV                                                                                                          | Pharmacy             |
|                                                                                   |   | 96376                                                                                                                                                         | Ther Proph/Dx Njx Ea SeqI Iv Push Sbst/Drug Fac                                                                    | Co.Pay               |
|                                                                                   |   | N37-0865-01079-01                                                                                                                                             | CEFTRIAXONE-TABUK                                                                                                  | Pharmacy             |
| REMARKS                                                                           | : | Enter Remarks                                                                                                                                                 |                                                                                                                    |                      |
| الملاحظات                                                                         |   |                                                                                                                                                               |                                                                                                                    |                      |

|                      |   |                                                           |                     |                         |
|----------------------|---|-----------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------|
| TREATING PHYSICIAN   | : | AISHA                                                     |                     |                         |
| الطبيب المعالج       |   |                                                           |                     |                         |
| HOSPITAL /CLINIC     | : | CITICARE MEDICAL CENTER LLC                               |                     |                         |
| المستشفى / العيادة   |   |                                                           |                     |                         |
| CONSULTATION DETAILS | : | <input type="radio"/> New <input type="radio"/> Follow Up | CONSULTATION FEES : | Enter CONSULTATION FEES |
| نوع الاستشارة        |   | جديد المتابعة                                             | رسوم الاستشارة      |                         |

**DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP**

توقيع و ختم الطبيب



**Dr. Aisha Umer**  
Physician- General Practitioner  
DHA- 40131439-002  
CITICARE MEDICAL CENTER  
DUBAI - U.A.E

**DATE:** 12/03/2025

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. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

**BENEFICIARY'S SIGNATURE**

توقيع المستفيد

