



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	:	NERMIN AYMAN			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	18-Aug-1993	GENDER	:	Female
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	FEAJ-GAE2-C2CF-8CDE	PAYER	:	NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين		

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

نوع الحالة : ☐ حادة ☐ مزمنة ☐ موجودة مسبقا ☐ إصابة

DIAGNOSIS : K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified, R52 - Pain, unspecified, E86.0 - Dehydration

التشخيص

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		PC : LOOSE STOOL , PAIN LOWER ABDOMEN , VOMITTING , O/E : LOOK DEHYDRATED AND PALE TENDER EPIGATRIC

CLINICAL FINDINGS :	الناتج السريرية	CPT Code	Treatment	Type
		96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Subst/Drug	Co.Pay
		96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
		86140	C-Reactive Protein	Lab
		0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
		0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
		9	Consultation Gp	General Consultation
		96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
		0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy

REMARKS :

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN : DR Amaizah

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS

نوع الاستشارة

: ☐ New ☐ Follow Up
جديد 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: 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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد