



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

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	: BHUVANA SATHISH KUMAR KRISHNARAJ REDDY		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 10-Apr-1981	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: EMNK-N33F-LFLH-3LED	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: H66.007 - Ac suppr otitis media w/o spon rupt ear drum, recur, unsp ear, R52 - Pain, unspecified, R05 - Cough																														
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 والحالات المتعلقة بالمومة)																															
SYMPTOMS	: <table><tr><td>Complaint</td></tr><tr><td>PC : COUGH WHICH IS DRY SOMETIMES THICK MUCOUS , EAR PAIN , AND SECRETIONS COMING OUT OF EAR</td></tr><tr><td>FAMILY HX OF DIABETESE</td></tr><tr><td>O/E : LOOK LETHARGIC</td></tr><tr><td>AR CANAL IS FULL OF SECRETIONS</td></tr></table>	Complaint	PC : COUGH WHICH IS DRY SOMETIMES THICK MUCOUS , EAR PAIN , AND SECRETIONS COMING OUT OF EAR	FAMILY HX OF DIABETESE	O/E : LOOK LETHARGIC	AR CANAL IS FULL OF SECRETIONS																									
Complaint																															
PC : COUGH WHICH IS DRY SOMETIMES THICK MUCOUS , EAR PAIN , AND SECRETIONS COMING OUT OF EAR																															
FAMILY HX OF DIABETESE																															
O/E : LOOK LETHARGIC																															
AR CANAL IS FULL OF SECRETIONS																															
العرض المرضية																															
CLINICAL FINDINGS	: <table><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</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>82948</td><td>Glucose Blood Reagent Strip</td><td>Lab</td></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>86140</td><td>C-Reactive Protein</td><td>Lab</td></tr><tr><td>85025</td><td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>94640</td><td>Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment</td><td>Co.Pay</td></tr></table>	CPT Code	Treatment	Type	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	82948	Glucose Blood Reagent Strip	Lab	9	Consultation Gp	General Consultation	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type																													
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																													
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																													
82948	Glucose Blood Reagent Strip	Lab																													
9	Consultation Gp	General Consultation																													
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																													
86140	C-Reactive Protein	Lab																													
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																													
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																													
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																													
النتائج السريرية																															
REMARKS	: Enter Remarks																														
الملاحظات																															

TREATING PHYSICIAN	: DR Amaizah
الطبيب المعالج	
HOSPITAL /CLINIC	: CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة	
CONSULTATION DETAILS	: ☐ New ☐ Follow Up
نوع الاستشارة	جديد المتابعة
CONSULTATION FEES	: Enter CONSULTATION FEES
رسوم الاستشارة	

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

Amaizah

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

DATE: 02/04/2025

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

