



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	: KHALID KOVVUMMAL EBRAHIM NIDUMPARATH	
اسم المريض		
DATE OF BIRTH	: 21-Jan-1979	GENDER :
تاريخ الميلاد		الجنس
CARD NBR	: 5MPL-3NMM-VMVR-3VAE	PAYER :
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, R30.0 - Dysuria, L03.818 - Cellulitis of other sites, E08 due to underlying condition w hyperglycemia, M1A.39X0 - Chronic gout due to renal impairment, mu toph

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	lesions on body , ceuated , recurrent not responding to topical medications

CLINICAL FINDINGS	: <table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Cons</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0005-111805-1021</td><td>CHLOROHISTOL 10MG</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>80069</td><td>Renal Function Panel</td><td>Lab</td></tr><tr><td>86140</td><td>C-Reactive Protein</td><td>Lab</td></tr><tr><td>82948</td><td>Glucose Blood Reagent Strip</td><td>Lab</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Cons	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	80069	Renal Function Panel	Lab	86140	C-Reactive Protein	Lab	82948	Glucose Blood Reagent Strip	Lab
CPT Code	Treatment	Type																							
9	Consultation Gp	General Cons																							
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																							
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy																							
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																							
80069	Renal Function Panel	Lab																							
86140	C-Reactive Protein	Lab																							
82948	Glucose Blood Reagent Strip	Lab																							

REMARKS	: Enter Remarks
الملحظات	

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

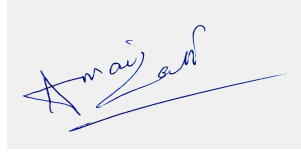
جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



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

DATE: 03

التاريخ

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

فوض 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
ة منه. اية صوره عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

