



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	:	HIWOT AWAKE ADEMASE	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	30-Nov-1989	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	622M-M33F-LFL3-3LED	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

DIAGNOSIS	:	A09 - Infectious gastroenteritis and colitis, unspecified, R19.7 - Diarrhea, unspecified, R53.1 - Weakness, E86.0 - Dehydration, R10.9 - Unspecified abdominal pain		
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		
العرض المرضية		patient came with recurrent diarrhea along with heart burning and general weakness . for one week she also has history of tremors for one year . no any acute illness advice to do general checkcup along with h.pylori screening		
CLINICAL FINDINGS	:			
النتائج السريرية				
		CPT Code	Treatment	Type
		9	Consultation Gp	General Consultation
		96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
		96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
		96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
		0439-152905-1001	LACTATED RINGER'S INJECTION USP	Pharmacy
		0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
		0056-116601-1021	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Vial (x1)]	Pharmacy
		0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
REMARKS	:	Enter Remarks		
الملحظات				

TREATING PHYSICIAN : AISHA

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC

: CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS

: ☐ New

☐ Follow Up

CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة

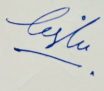
جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



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

DATE: 06/04/2025

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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

