



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	: GODWIN KANAGA RAJ SARINIKANAGA RAJ		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 18-May-1990	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 63M3-F23F-LFLK-3LED	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS : A05.9 - Bacterial foodborne intoxication, unspecified, R19.7 - Diarrhea, unspecified, R11.10 - Vomiting, unspecified, R50.9 - Fever, 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
العرض المرضية	patient came with severe diarrhea and vomiting since yesterday abdominal discomfort and having fever pt is dehydrated

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
	9	Consultation Gp	General Consultation
	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional 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 RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
	0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
	0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy
	2305-116601-1021	Metronidazole Baxter [- -]	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: 07/04/2025

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

