



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	:	LUQMAN KHAN TAHIR GUL		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	03-Aug-2005	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	C2II-GI4C-DCD1-1DEA	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

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

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

DIAGNOSIS	:	N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, R30.0 - Dysuria, E86.0 - Dehydration, R30.9 - Painful micturition, unspecified		
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		pt came with lower back pain mainly right side along with burning micturation and difficulty in passing urine since last night		
CLINICAL FINDINGS	:			
		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
		0005-149901-0151	Clofen [Cream - 10mg/g - 20.00 Solids Tube (x1)]	Pharmacy
		0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
		0102-100104-1001	SODIUM CHLORIDE & DEXTROSE B.P.	Pharmacy
		0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
		81001	Urnl Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab
		86140	C-Reactive Protein	Lab
		85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab
REMARKS	:	Enter Remarks		
الملاحظات				

TREATING PHYSICIAN : AISHA

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

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: 16/04/2025

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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد