



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	:	rinda bt ruhyat	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	05-May-1975	GENDER
تاريخ الميلاد			:
CARD NBR	:	6HFM-N33F-LFLN-NLED	PAYER
رقم البطاقة			:
			شركة التأمين
			NAS VN

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

DIAGNOSIS : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R05 - Cough, R06.2 - Wheezing, R09.81 - Nasal congestion, R50.9 - Fever, unspecified, R52 - Pain, unspecified

التشخيص

AETIOLOGY

لمسببات المرضية

Enter Aetiology

(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)

(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات والحالت المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS

الاعراض المرضية

Complaint

No Complaints Found for Selected Appointment

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay

REMARKS

الملاحظات

Enter Remarks

TREATING PHYSICIAN

الطبيب المعالج

: DR Amaizah

HOSPITAL /CLINIC

المستشفى / العيادة

: CITICARE MEDICAL CENTER LLC

CONSULTATION DETAILS

نوع الاستشارة

: ☐ New ☐ Follow Up

جديد

المتابعة

CONSULTATION FEES :

رسوم الاستشارة

Enter CONSULTATION FEES

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: 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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التفويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد

