



## 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 : ZAHEER AHMAD BABAR GUL BAR KHAN  
اسم المريض  
DATE OF BIRTH : 04-Dec-1984  
تاريخ الميلاد  
CARD NBR : 66PM-5MMM-VMVT-TVAE  
رقم البطاقة  
GENDER : Male  
الجنس  
PAYER : NAS VN  
شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : E78.5 - Hyperlipidemia, unspecified, E11.65 - Type 2 diabetes mellitus with hyperglycemia, E03.9 - Hypothyroidism, unspecified, I10 - Essential (primary) hypertension, R07.9 - Chest pain, 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

pc ; known type 2 diabetese and hyperlipidemia and hypertension for 1 year  
came with chest pain , left sided , even on rest compressing pain associated with nausea  
and rt hip joint pain started 20/04/25  
o/e

#### CLINICAL FINDINGS :

##### النتائج السريرية

| CPT Code         | Treatment                                        | Type                 |
|------------------|--------------------------------------------------|----------------------|
| 9                | Consultation Gp                                  | General Consultation |
| 82948            | Glucose Blood Reagent Strip                      | Lab                  |
| 96372            | Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im    | Co.Pay               |
| 0005-149902-1021 | CLOFEN                                           | Pharmacy             |
| 0125-122107-1022 | DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE                   | Pharmacy             |
| 93005            | Ecg Routine Ecg W/Least 12 Lds Trcg Only W/O I&R | Co.Pay               |
| 84480            | Triiodothyronine T3 Total Tt3                    | Lab                  |
| 84443            | Thyroid Stimulating Hormone Tsh                  | Lab                  |
| 80061            | Lipid Panel                                      | Lab                  |

REMARKS

:

Enter Remarks

الملاحظات

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 وختم الطبيب

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

DATE: 29/04/2025

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