



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

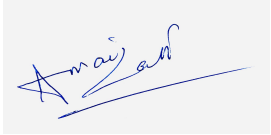
PATIENT NAME	:	REKHA RAJ KUMAR		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	12-Apr-1998	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	6P3N-R5LM-VMVP-MVAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	:	E86.0 - Dehydration, R52 - Pain, unspecified, M62.81 - Muscle weakness (generalized), J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, 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		
		PC : SEVERE BODYPAIN , LETHRAGY , AND UNABLE TO GET OUT FROM BED ASSOCITED WITH LOW GRADE FEVER AND SORE THROAT STARTED 30/04/25		
العراض المرضية		O/E		
		LOOK PALE , LETHARGIC		
		HYPEREMIC PHARYNX		
		UVUIVA SWOLLEN AND ENLARGED		
CLINICAL FINDINGS	:			
		CPT Code	Treatment	Type
		96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
		96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
		9	Consultation Gp	General Consultation
		86140	C-Reactive Protein	Lab
		85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab
		96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
		0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
		2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
		0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy

	CPT Code	Treatment	Type
	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
REMARKS :	Enter Remarks		
الملحظات			

TREATING PHYSICIAN	:	DR Amaizah	
الطبيب المعالج			
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC	
المستشفى / العيادة			
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New ☐ Follow Up	CONSULTATION FEES :
نوع الاستشارة		☐ جديد ☐ المتابعة	Enter CONSULTATION FEES رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP	 Dr. Amaizah Ishtiaq General Practitioner DHA: 98486553-001 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI - U.A.E	DATE: 01/05/2025
توقيع وختم الطبيب		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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	