



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	:	SUJATHA POTHERA			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	14-Dec-1975	GENDER	:	Female
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	JFMH-N33F-LFL6-2LED	PAYER	:	NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين		

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

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

DIAGNOSIS	:	B35.4 - Tinea corporis, L29.8 - Other pruritus, R10.13 - Epigastric pain, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified, R05 - Cough, R19.7 - Diarrhea, unspecified, R21 - Rash and other nonspecific skin eruption, E86.0 - Dehydration, R42 - Dizziness and giddiness		
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		No Complaints Found for Selected Appointment		
CLINICAL FINDINGS	:			
		CPT Code	Treatment	Type
		0439-152905-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
		96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
		0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
		0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy
		0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
		0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
		96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
		96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbstd/Drug	Co.Pay
		9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation
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 :

Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة

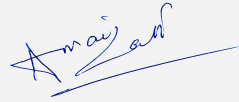
جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



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

DATE: 08/05/2025

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

