



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 : KAMLESH THAKUR JAGDISH THAKUR
 اسم المريض
 DATE OF BIRTH : 30-Apr-1998 GENDER : Male
 تاريخ الميلاد الجنس
 CARD NBR : A4AI-R44C-DCDC-1DEA PAYER : NAS VN
 رقم البطاقة شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : A05.9 - Bacterial foodborne intoxication, unspecified, R19.7 - Diarrhea, unspecified, R11.0 - Nausea, E86.0 - Dehydration, R10.84 - Generalized abdominal pain, R10.829 - Rebound abdominal tenderness, unspecified site

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 severe diarrhea 8 times along with abdominal cramps started yesterday evening 26/5/25
 nausea and dehydration

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy
0002-116601-1001	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]	Pharmacy

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN : AISHA

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC

: CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS

: ☐ New ☐ Follow Up

CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة

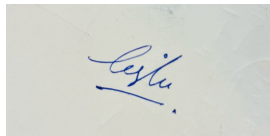
جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



Dr. Aisha Umer
Physician- General Practitioner
DHA- 40131439-002
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DATE: 27/05/2025

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

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

