



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	:	PENINAH NJAMBI KIARIE	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	29-Sep-1990	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	7ED4-523F-EFC4-EFAD	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

DIAGNOSIS	:	I10 - Essential (primary) hypertension, E78.5 - Hyperlipidemia, unspecified, R34 - Anuria and oliguria, L03.90 - Cellulitis, 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 KNOWN HYPERTENSION KNOWN HYPERLIPIDEMIA complaints of dizziness and swelling in feet and legs hx of insect bite on left leg o/e : soft tender , fluid filled															
العراض المرضية																	
CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>86140</td><td>C-Reactive Protein</td><td>Lab</td></tr><tr><td>85027</td><td>Blood Count Complete Automated</td><td>Lab</td></tr><tr><td>80069</td><td>Renal Function Panel</td><td>Lab</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	86140	C-Reactive Protein	Lab	85027	Blood Count Complete Automated	Lab	80069	Renal Function Panel	Lab
CPT Code	Treatment	Type															
9	Consultation Gp	General Consultation															
86140	C-Reactive Protein	Lab															
85027	Blood Count Complete Automated	Lab															
80069	Renal Function Panel	Lab															
النتائج السريرية																	
REMARKS	:	Enter Remarks															
الملاحظات																	

TREATING PHYSICIAN	:	DR Amaizah
الطبيب المعالج		
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة		
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New ☐ Follow Up
نوع الاستشارة		جديد المتابعة
CONSULTATION FEES	:	Enter CONSULTATION FEES
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: 07/06/2025

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 كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد

