



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 ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	:	ANIKA KOPPULA			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	16-Jun-2002	GENDER	:	Female
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	KMMK-3J3F-LFLH-HLED	PAYER	:	NAS - SRN WN
رقم البطاقة			شركة التأمين		

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

DIAGNOSIS : S91.302A - Unspecified open wound, left foot, initial encounter, S91.012A - Laceration without foreign body, left ankle, init encntr

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 :open wound on his left ankle joint
		hopc : pt came with profuse bleeding after glass plate was fallen on the foot at her home 15 mints back .by profession she is a student
العراض المرضية		o/e wound is at the center of joint .its open wound nearly 1.5 cm in size with foreign body
		tetanus given

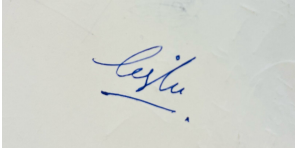
CLINICAL FINDINGS	:	<table><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>D7910</td><td>suture of recent small wounds up to 5 cm</td><td>Dental Co.Pay</td></tr></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	D7910	suture of recent small wounds up to 5 cm	Dental Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type									
9	Consultation Gp	General Consultation									
D7910	suture of recent small wounds up to 5 cm	Dental Co.Pay									
النتائج السريرية											

REMARKS	:	Enter Remarks
الملاحظات		

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 و ختم الطبيب



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

DATE: 17/06/2025

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. اية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

