



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	: SUKHWINDER KUMAR HARBANS LAL		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 01-Jan-1994	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: T1PN-MPMM-VMVP-3VAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

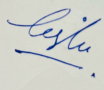
CASE INFORMATION	: ☐ ACUTE	☐ CHRONIC	☐ PRE-EXISTING	☐ INJURY
نوع الحالة	حادة	مزمنة	موجودة مسبقا	إصابة

DIAGNOSIS	: R07.9 - Chest pain, unspecified, I20.9 - Angina pectoris, unspecified, R73.9 - Hyperglycemia, unspecified, E78.5 - Hyperlipidemia, unspecified, E78.00 - Pure hypercholesterolemia, 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												
العرض المرضية	pc : chest pain hopc : pt came with left sided chest pain with sweating not radiates towards hand and upper side of neck and jaw patient ha past history of high cholesterol and hypeglycemia but he is not taking any medication pmh : high cholesterol ,hyperglycemia aspirin 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>81000</td> <td>Urins Dip Stick/Tablet Reagnt Non-Auto Microscopy</td> <td>Lab</td> </tr> <tr> <td>93000</td> <td>Ecg Routine Ecg W/Least 12 Lds W/I&R</td> <td>Co.Pay</td> </tr> </table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	81000	Urins Dip Stick/Tablet Reagnt Non-Auto Microscopy	Lab	93000	Ecg Routine Ecg W/Least 12 Lds W/I&R	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type											
9	Consultation Gp	General Consultation											
81000	Urins Dip Stick/Tablet Reagnt Non-Auto Microscopy	Lab											
93000	Ecg Routine Ecg W/Least 12 Lds W/I&R	Co.Pay											
النتائج السريرية													
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 و ختم الطبيب



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

DATE: 19/06/2025

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. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

