



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	:	NADEEM YOUSEF	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	03-Dec-1975	GENDER : Male
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	KGJE-18E2-C2CJ-8CDE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough, R07.0 - Pain in throat, R06.2 - Wheezing, K29.00 - Acute gastritis without bleeding

التشخيص

AETIOLOGY

لمسببات المرضية

Enter Aetiology

(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

العراض المرضية

Complaint

PC : THROAT PAIN ,COUGH ,FEVER .

HOPC .

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0437-122107-1021	Dexamethasone [Solution For Injection - 4mg/ml - 1.00 Liquids Vial (x10)]	Pharmacy
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab

REMARKS

الملاحظات

Enter Remarks

TREATING PHYSICIAN

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS

نوع الاستشارة

: AISHA

: CITICARE MEDICAL CENTER LLC

: ☐ New ☐ Follow Up

جديد

المتابعة

CONSULTATION FEES :

رسوم الاستشارة

Enter CONSULTATION FEES

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: 23/06/2025

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

