



CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة



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	: MAHESH NUKALA GANGARAM NUKALA		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 25-Oct-1987	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: JNJJ-J63F-LFL3-2LED	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: R10.9 - Unspecified abdominal pain, R30.0 - Dysuria, N39.0 - Urinary tract infection, site not specified																		
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 والحالت المتعلقة بالمومة)																			
SYMPTOMS	: Complaint patient complaining of back pain generalized body pain fever from 2-3 days flanks pain n examination the patient is in moderate distress dehydrated with dry oral mucosa chest examination shows vesicular breath sounds with no added sounds normal cardiac sound Abdominal examination : normal shape no palpable mass or viscera mild tenderness in left flanks Testicular exam : cough impulse negative, can get above testes easily no localized tenderness on palpation																		
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>96375</td><td>Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>76870</td><td>Ultrasound Scrotum & Contents</td><td>Radiology</td></tr><tr><td>86140</td><td>C-Reactive Protein</td><td>Lab</td></tr><tr><td>85025</td><td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay	76870	Ultrasound Scrotum & Contents	Radiology	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
CPT Code	Treatment	Type																	
9	Consultation Gp	General Consultation																	
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay																	
76870	Ultrasound Scrotum & Contents	Radiology																	
86140	C-Reactive Protein	Lab																	
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																	
النتائج السريرية																			

	CPT Code	Treatment	Type
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
	0384-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy
	81001	UrnlS Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
REMARKS : الملاحظات	Enter Remarks		

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

Amaizah

Dr. Amaizah Ishtiaq
General Practitioner
DHA: 98486553-001
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DATE: 28/06/2025

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

