



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	:	MARY JOY			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	04-Sep-1988	GENDER	:	Female
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	K2K2-FH3F-LFLN-3LED	PAYER	:	NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين		

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

DIAGNOSIS	:	N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, E86.0 - Dehydration, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R12 - Heartburn, R10.84 - Generalized abdominal pain		
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		
الاعراض المرضية		follow up urine analysis shows . bacteria and epithelial cells in urine . continous stomach pain and acidity . low blood pressure allergies none		
CLINICAL FINDINGS	:			
النتائج السريرية				
		CPT Code	Treatment	Type
		76700	Us Abdominal Real Time W/Image Documentation	Radiology
		96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
		96374	Ther Proph/Dx Nxj Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay
		96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
		0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
		0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
		0384-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy
		86677	Antibody Helicobacter Pylori	Lab
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

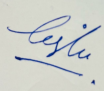
جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



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

DATE: 02/07/2025

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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

