



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	:	MANJINI MANOHAR MANOHAR	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	11-Dec-1984	GENDER : M
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	I2KI-G8E2-C2CI-ICDE	PAYER : M
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

DIAGNOSIS	:	K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R11.2 - Nausea with vomiting, unspecified, R42 - Dizziness E86.0 - Dehydration
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		chief complaint: came with dizziness and vomiting associated with nausea. feeling too much weakness. started today when he get up at 5:30 10/07/25 with nausea there is burping and acidity.

CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>96375</td><td>Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Cons</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0102-152902-1001</td><td>LACTATED RINGERS INJECTION USP</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-174202-0781</td><td>RISEK 40MG</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-150403-1021</td><td>PREMOSAN</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Cons	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy	0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy	0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																					
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay																					
9	Consultation Gp	General Cons																					
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																					
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy																					
0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy																					
0005-150403-1021	PREMOSAN	Pharmacy																					
النتائج السريرية																							

REMARKS	:	Enter Remarks
الملاحظات		

TREATING PHYSICIAN	:	Dr.Farhan Iyas
--------------------	---	----------------

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC

: CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS

: ☐ New

☐ Follow Up

CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION

نوع الاستشارة

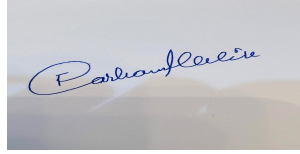
جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



Dr. Frahan Ilyas Malik
Physician-General Practitioner
DHA-06441782-001
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI U.A.E

DATE: 10

التاريخ

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

فوض 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
ة منه. إية صوره عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

