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 ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME اسم المريض	:	NIGINA AMANGELDIYEVA			
DATE OF BIRTH تاريخ الميلد	:	06-May-2000	**GENDER** الجنس	:	Female
CARD NBR رقم البطاقة	:	IK88-EJE2-C2CI-8CDE	**PAYER** شركة التأمين	:	NAS VN

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

DIAGNOSIS التشخيص : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R53.1 - Weakness, E86.0 - Dehydration, M79.10 - Myalgia, unspecified site

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 الحالت المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS العراض المرضية :

Complaint
chief complaint: came body ache, weakness, blood pressure, myalgia. on examination: lethargic, weakness, dehydrated, sunken eyes, dry mouth. pain scale: 5

CLINICAL FINDINGS النتائج السريرية :

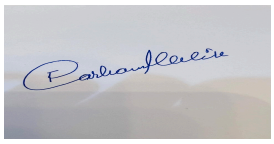
CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
86141	C-Reactive Protein High Sensitivity	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab

REMARKS الملحظات : *Enter Remarks*

TREATING PHYSICIAN الطبيب المعالج : Dr.Farhan Iyas

HOSPITAL /CLINIC المستشفى / العيادة : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

CONSULTATION DETAILS نوع الستشارة : ○ **New** جديد ○ **Follow Up** المتابعة **CONSULTATION FEES :** رسوم الستشارة *Enter CONSULTATION FEES*



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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP
توقيع و ختم الطبيب

DATE: 18/07/2025
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 العلج الحالي أو السابق لي أو للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. اية صوره عن هذا التخويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد