



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	: MUNESH KUMAR SOUNATH SINGH		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 01-Jan-1977	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: KAKA-I2F2-C2CI-ICDE	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة

حادة

مزمنة

موجودة مسبقا

إصابة

DIAGNOSIS : R50.9 - Fever, unspecified, R30.0 - Dysuria, R53.1 - Weakness, E86.0 - Dehydration, R52 - Pain, unspecified

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

PC fever,headache,cough,sorethroat since 1 day

He also complaints of pain bending the right thumb since 2 days

O\E Chest clear,Throat erythematous

No history of drug allergy

follow up

neutrophils high

fever

weakness

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
0439-152905-1001	LACTATED RINGER'S INJECTION USP	Pharmacy
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy

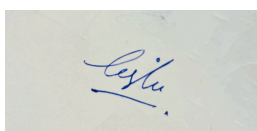
النتائج السريرية

	CPT Code	Treatment	Type
	81001	Urns Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab
REMARKS : الملحظات	Enter Remarks		

TREATING PHYSICIAN الطبيب المعالج	:	AISHA		
HOSPITAL /CLINIC المستشفى / العيادة	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC		
CONSULTATION DETAILS نوع الاستشارة	:	☐ New جديد	☐ Follow Up 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: 22/07/2025

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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

