



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 : 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

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

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
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation
96366	Iv Infusion Therapy Prophylaxis/Dx Ea Hour	Co.Pay
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
81001	Urns Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab

النتائج السريرية

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

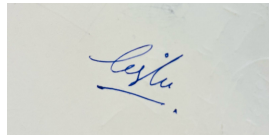
جديد

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: 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 كالصليبه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

