



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

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	: MUHAMMAD UMAIR LIAQAT ALI		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 10-Mar-2003	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 2GI2-II4C-DCDG-GDEA	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

نوع الحالة

حادة

مزمنة

موجودة مسبقا

إصابة

DIAGNOSIS : J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R06.7 - Sneezing, R09.81 - Nasal congestion

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

Chief complaint: sneezing with nasal congestion

History of present illness:

Duration: since 3 years started in 2022

Severity: severe

Location: nasal

العراض المرضية

Associated symptoms: itching in nose and nasal congestion, also have sore throat.

Past medical history: allergic rhinitis

Family history: nil

Medication history: took tablet cetirizine 10mg regularly

Allergy history: cold, dust

On examination: nose looks like have DNS

Pain scale: 2

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
	9	Consultation Gp	General Consultation
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy

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 FEES

نوع الاستشارة

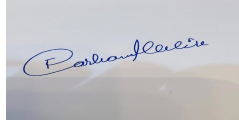
جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



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

DATE: 28/07/2025

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

