



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	:	STEFANY SUSYANE ROTTIE	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	22-Sep-1997	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	2E22-8AF2-C2CJ-1CDE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : R42 - Dizziness and giddiness, E86.0 - Dehydration, K29.00 - Acute gastritis without bleeding, R52 - Pain, unspecified, R10.30 - Lower abdominal pain, unspecified

التشخيص

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 complain: came with the umbilical pain associated with nausea and dizziness.
		also complaining of dry mouth, sunken eyes, weakness.
		she is a gastric patient also.
		her periods started today.
		duration: started this morning.
		on examination: looks pale, dehydrated, lethargic.

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS	:	<table><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0439-152905-1001</td><td>LACTATED RINGERS INJECTION USP</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>85025</td><td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrentl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	0439-152905-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrentl Wbc Count	Lab
CPT Code	Treatment	Type																					
9	Consultation Gp	General Consultation																					
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																					
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																					
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																					
0439-152905-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy																					
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrentl Wbc Count	Lab																					

النتائج السريرية

REMARKS :

الملاحظات

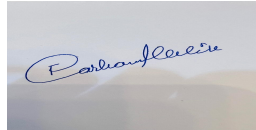
TREATING PHYSICIAN : Dr.Farhan Iyas

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

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: 02/08/2025

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

