



## 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  | : | SAMIR NEPALI        |              |          |
| اسم المريض    |   |                     |              |          |
| DATE OF BIRTH | : | 20-Aug-2000         | GENDER       | : Male   |
| تاريخ الميلاد |   |                     | الجنس        |          |
| CARD NBR      | : | AR2A-124C-DCDG-2DEA | PAYER        | : NAS VN |
| رقم البطاقة   |   |                     | شركة التأمين |          |

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

نوع الحالة

حادة

مزمنة

موجودة مسبقا

إصابة

|                                                                                   |   |                                                                                                          |                                                  |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------|
| DIAGNOSIS                                                                         | : | R21 - Rash and other nonspecific skin eruption, L23.89 - Allergic contact dermatitis due to other agents |                                                  |                      |
| 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                                                                                                |                                                  |                      |
| العرض المرضية                                                                     |   | pc : svere itching and rash on both feet associated iwth burning sensations started 20/07/25             |                                                  |                      |
|                                                                                   |   | o/e : lesions with crusting and fluid ozzing                                                             |                                                  |                      |
| CLINICAL FINDINGS                                                                 | : |                                                                                                          |                                                  |                      |
| النتائج السريرية                                                                  |   |                                                                                                          |                                                  |                      |
|                                                                                   |   | CPT Code                                                                                                 | Treatment                                        | Type                 |
|                                                                                   |   | 9                                                                                                        | Consultation Gp                                  | General Consultation |
|                                                                                   |   | 86140                                                                                                    | C-Reactive Protein                               | Lab                  |
|                                                                                   |   | 85025                                                                                                    | Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count | Lab                  |
|                                                                                   |   | 96372                                                                                                    | Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im    | Co.Pay               |
|                                                                                   |   | 0125-122107-1022                                                                                         | DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE                   | Pharmacy             |
|                                                                                   |   | 0005-111805-1021                                                                                         | CHLOROHISTOL 10MG                                | Pharmacy             |
| REMARKS                                                                           | : | Enter Remarks                                                                                            |                                                  |                      |
| الملاحظات                                                                         |   |                                                                                                          |                                                  |                      |

|                      |   |                                                           |                                             |
|----------------------|---|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| TREATING PHYSICIAN   | : | DR Amaizah                                                |                                             |
| الطبيب المعالج       |   |                                                           |                                             |
| HOSPITAL /CLINIC     | : | CITICARE MEDICAL CENTER LLC                               |                                             |
| المستشفى / العيادة   |   |                                                           |                                             |
| CONSULTATION DETAILS | : | <input type="radio"/> New <input type="radio"/> Follow Up | CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES |
| نوع الاستشارة        |   | جديد المتابعة                                             | رسوم الاستشارة                              |

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

Amaizah

Dr. Amaizah Ishtiaq  
General Practitioner  
DHA: 98486553-001  
CITICARE MEDICAL CENTER  
DUBAI - U.A.E

DATE: 02/08/2025

**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. اية صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

**BENEFICIARY'S SIGNATURE**  
توقيع المستفيد

