



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	: ABDUREMAN TESHITE BERARTI		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 23-Sep-1995	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: HF3M-J23F-LFLK-NLED	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

CASE INFORMATION	: ☐ ACUTE	☐ CHRONIC	☐ PRE-EXISTING	☐ INJURY
نوع الحالة	حادة	مزمنة	موجودة مسبقا	إصابة

DIAGNOSIS	: L23.89 - Allergic contact dermatitis due to other agents, L29.9 - Pruritus, unspecified, R51.9 - Headache, 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 و الحالات المتعلقة بالمومة)																
SYMPTOMS	: Complaint															
العراض المرضية	PC headache ,ITCHING OVER ARM,THIGH HOPC pt presented with complaints of headache since today No associated fever\vomiting\rhinitis He aslo complaints of itching over hand ,wrist ,thigh and leg O\E dry skin,scaly lesion present															
CLINICAL FINDINGS	: <table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</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>0005-111805-1021</td><td>CHLOROHISTOL 10MG</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type														
9	Consultation Gp	General Consultation														
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay														
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy														
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy														
النتائج السريرية																
REMARKS	: Enter Remarks															
الملاحظات																

TREATING PHYSICIAN	: KEERTHANA		
الطبيب المعالج			
HOSPITAL /CLINIC	: CITICARE MEDICAL CENTER LLC		
المستشفى / العيادة			
CONSULTATION DETAILS	: ☐ New	☐ Follow Up	CONSULTATION FEES :
نوع الاستشارة	جديد	المتابعة	رسوم الاستشارة

Enter CONSULTATION FEES



د. كيرثانا راني باديبورايل ثارا
Dr. Keerthana Rani Padippurayil Thara
General Practitioner
License No.: 37864046-001
مركز سيتيكير الطبي ذم م
CITICARE MEDICAL CENTER LLC

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

DATE: 04/08/2025

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 صورته عن هذا التخويل تعتبر كالصلية



BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد