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

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME اسم المريض	:	SAGAR TAMANG			
DATE OF BIRTH تاريخ الميلد	:	28-Jun-1998	**GENDER** الجنس	:	Male
CARD NBR رقم البطاقة	:	6KNK-FH3F-LFLJ-KLED	**PAYER** شركة التأمين	:	NAS - SRN WN

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

نوع الحالة حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : N20.0 - Calculus of kidney, R30.0 - Dysuria, E86.0 - Dehydration, R21 - Rash and other nonspecific skin eruption

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 الحالت المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS :

العراض المرضية

Complaint
follow up
urine analysis
crystals present
request for ultrasound KUB advice

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
0384-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy
76856	Us Pelvic Nonobstetric Real-Time Image Complete	Radiology

REMARKS : *Enter Remarks*

الملحظات

TREATING PHYSICIAN : AISHA

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ○ **New** ○ **Follow Up** **CONSULTATION FEES :** *Enter CONSULTATION FEES*

نوع الستشارة جديد المتابعة رسوم الستشارة

Dr. Aisha Umer
Physician- General Practitioner
DHA- 40131439-002
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

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 العلج الحالي أو السابق لي أو للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. اية صوره عن هذا التخويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد