



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

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 والحالت المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS : Complaint

العراض المرضية

follow up  
urine analysis  
crystals present  
request for ultrasound KUB advice

| CLINICAL FINDINGS : | CPT Code         | Treatment                                       | Type      |
|---------------------|------------------|-------------------------------------------------|-----------|
|                     | 96360            | Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour     | Co.Pay    |
|                     | 0439-152905-1001 | LACTATED RINGER'S INJECTION USP                 | 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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

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

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

**BENEFICIARY'S SIGNATURE**

توقيع المستفيد

