



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 : DANIELLE LEANNE HANNIBALSZ
 اسم المريض
 DATE OF BIRTH : 30-Mar-1989
 تاريخ الميلاد
 GENDER : Female
 الجنس
 CARD NBR : RIC4-4I4C-DCDC-EDEA
 رقم البطاقة
 PAYER : NAS - SRN WN
 شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough, R06.2 - Wheezing, I95.9 - Hypotension, unspecified, R07.0 - Pain in throat, E86.0 - Dehydration

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

Chief complaint: sore throat

History of present illness:

Duration: 3 days 27/07/25

Severity: severe

Location: throat

Associated symptoms: cough, headache, body ache, runny nose, sneezing, congestion in nose at night

Past medical history: nil

Family history: nil

Medication history: nil

Allergy history: nil

On examination: chest congestion and throat is hypermia

follow up

crp is high 20.1

still having cough

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

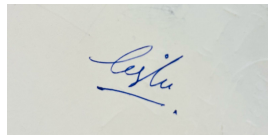
CPT Code	Treatment	Type
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy

	CPT Code	Treatment	Type
النتائج السريرية	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
	0384-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy
	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co Pay
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 الاستشارة	:	☐ جديد ☐ المتابعة	رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم 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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

