



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	:	INAYAT LIYAKAT KUMBHARLIKAR	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	05-Sep-1987	GENDER : Male
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	61NL-3NMM-VMV6-MVAE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			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, E86.0 - Dehydration, R07.0 - Pain in throat

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

pc :fever ,runny nose ,cough ,

hopc : pt came with the complain of fever along with runny nose and cough started two days back

o/e throat is mild hyperemic

chest is mild congested

pmh : none

allergies none

FOLLOW UP

CRP 23.1

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
0384-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy

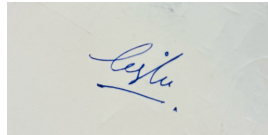
النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
99211	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of	General
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: 05/08/2025

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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

