



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	:	MUHAMMAD AWAIS MAJEED			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	04-Feb-1992	GENDER	:	Male
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	RCRG-AICC-DCD9-GDEA	PAYER	:	NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين		

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

DIAGNOSIS	:	K21.9 - Gastro-esophageal reflux disease without esophagitis, R05 - Cough, K59.00 - Constipation, unspecified, J30.89 - Other allergic rhinitis		
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		
العرض المرضية		PC cough,heart burn HOPC pt presents with complaints of cough,heart burn since 3 days.He also has constipation O\E chest clear Tonsils normal P\A soft non tender No history of drug allergy Nil comorbs		
CLINICAL FINDINGS	:			
النتائج السريرية				
		CPT Code	Treatment	Type
		96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
		96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
		9	Consultation Gp	General Consultation
		0437-122107-1021	Dexamethasone [Solution For Injection - 4mg/ml - 1.00 Liquids Vial (x10)]	Pharmacy
		0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy
REMARKS	:	Enter Remarks		
الملحظات				

TREATING PHYSICIAN : KEERTHANA

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



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

DATE: 07/08/2025

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 التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

