



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	: JONI CHANDRO DAS SUBEL CHANDRA DAS		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 13-Oct-1990	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: EMK2-FH3F-LFLJ-KLED	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS : R10.0 - Acute abdomen, R50.9 - Fever, unspecified, R19.7 - Diarrhea, unspecified, R10.13 - Epigastric pain, E86.0 - Dehydration, R14.3 - Flatulence, R12 - Heartburn

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
الاعراض المرضية	pc : diarrhea ,stomach pain hopc : pt have diarrhea with stomach pain started yesterday o/e he look dehydrated mild fever cough allergies : none pmh : none

CLINICAL FINDINGS :	<table> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> <tr> <td>96361</td> <td>Iv Infusion Hydration Each Additional Hour</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0439-152905-1001</td> <td>LACTATED RINGERS INJECTION USP</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>96365</td> <td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0005-174202-0781</td> <td>RISEK 40MG</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>96372</td> <td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0005-136504-1021</td> <td>SCOPINAL</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>96375</td> <td>Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug</td> <td>Co.Pay</td> </tr> </table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay	0439-152905-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type																										
9	Consultation Gp	General Consultation																										
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay																										
0439-152905-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy																										
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																										
0005-174202-0781	RISEK 40MG	Pharmacy																										
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																										
0005-136504-1021	SCOPINAL	Pharmacy																										
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay																										
النتائج السريرية																												

CPT Code	Treatment	Type
0002-116601-1001	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]	Pharmacy
86140	C-Reactive Protein	Lab

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN : AISHA

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

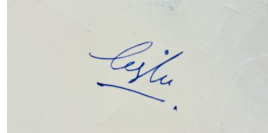
المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة جديد المتابعة رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



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

DATE: 08/08/2025

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

