



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	:	hazem mahmoud shash			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	04-Jul-1996	GENDER	:	Male
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	2JKK-M33F-LFLH-JLED	PAYER	:	NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين		

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

DIAGNOSIS	:	J03.90 - Acute tonsillitis, 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		
الاعراض المرضية		pc : fever , cough , throat pain pt came with the complain of fever throat pain along with cough started yesterday o/e throat is hyperemic tonsils are hypertrophied		
CLINICAL FINDINGS	:			
النتائج السريرية				
		CPT Code	Treatment	Type
		9	Consultation Gp	General Consultation
		94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
		96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
		96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
		96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
		0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
		0384-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy
		0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
		0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
		2190-106618-1002	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
REMARKS	:	Enter Remarks		
الملاحظات				

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: 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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

