



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	:	KULDIP SINGH LAKHA SINGH			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	01-Jan-1982	GENDER	:	Male
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	LRML-3NMM-VMV1-3VAE	PAYER	:	NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين		

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

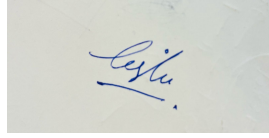
نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, J45.991 - Cough variant asthma, R50.9 - Fever, 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		
العرض المرضية		follow up dry cough ,mild fever		
CLINICAL FINDINGS	:			
النتائج السريرية				
		CPT Code	Treatment	Type
		96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
		2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
		96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
		0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
		94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay
		0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
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: 11/08/2025

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 كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

