



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	: ISMAYEEL KOLLERI ABDU REHIMAN KOLLERI		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 22-Jul-1993	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: F6HM-663F-LFLJ-FLED	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS : I10 - Essential (primary) hypertension, E78.01 - Familial hypercholesterolemia, R73.9 - Hyperglycemia, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R51.9 - Headache, unspecified, E86.0 - Dehydration

التشخيص

AETIOLOGY	: Enter Aetiology
لمسببات المرضية	

(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)

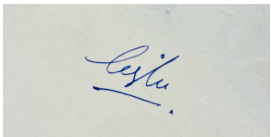
(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS	: Complaint
	pc : headache , fever , body pain
	hopc : pt came with the complain of body pain along with weakness and continous headache started 4 days back
العراض المرضية	he has high blood pressure
	he is smoker
	allergies : none
	pmh : none

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Consultation
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	82947	Glucose Quantitative Blood Xcpt Reagent Strip	Lab
	80061	Lipid Panel	Lab
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab

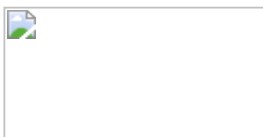
REMARKS	: Enter Remarks
الملاحظات	

TREATING PHYSICIAN	:	AISHA	
الطبيب المعالج			
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC	
المستشفى / العيادة			
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New ☐ Follow Up	CONSULTATION FEES :
نوع الاستشارة		جديد المتابعة	رسوم الاستشارة
			Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP		Dr. Aisha Umer Physician- General Practitioner DHA- 40131439-002 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI - U.A.E	DATE: 19/08/2025
توقيع و ختم الطبيب			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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE	
توقيع المستفيد	