



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 : WAQAR AHMAD MUNAWAR KHAN

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 01-Jan-1999

تاريخ الميلاد

CARD NBR : 32HJ-323F-LFL2-JLED

رقم البطاقة

GENDER : Male

الجنس

PAYER : NAS - SRN WN

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE

نوع الحالة

حادة

☐ CHRONIC

مزمنة

☐ PRE-EXISTING

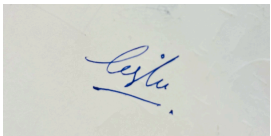
موجودة مسبقا

☐ INJURY

إصابة

DIAGNOSIS	: J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, R05 - Cough, E86.0 - Dehydration, R21 - Rash and other nonspecific skin eruption, R07.0 - Pain in throat, R30.0 - Dysuria		
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 : fever , throat pain cough , and body pain		
	hopc ;' pt came with the complain of fever , throat pain along with generalize weakness and cough started yesterday		
	o/e throat is hyperemic		
	allergies ; none		
	pmh : none		
CLINICAL FINDINGS	:		
النتائج السريرية	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Consultation
	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
	96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
	0384-111908-1001	SODIUM CHLORIDE B.P.	Pharmacy
	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
	81000	Urins Dip Stick/Tablet Reagnt Non-Auto Microscopy	Lab
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Diffrntl 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 : Enter CONSULTATION FEES
نوع الاستشارة	جديد المتابعة	رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP	 Dr. Aisha Umer Physician- General Practitioner DHA- 40131439-002 CITICARE MEDICAL CENTER DUBAI - U.A.E	DATE: 22/08/2025
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

A rectangular box with a thin black border, intended for the beneficiary's signature. In the top-left corner, there is a small icon of a document with a green checkmark, indicating a successful upload or completion status.