



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	:	DIANA ABDELAZIZ		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	29-Dec-1992	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	G1A1-8JE2-C2C8-JCDE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

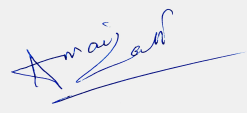
CASE INFORMATION	:	☐ ACUTE	☐ CHRONIC	☐ PRE-EXISTING	☐ INJURY
نوع الحالة		حادة	مزمنة	موجودة مسبقا	إصابة

DIAGNOSIS	:	J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R07.0 - Pain in throat, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, J01.41 - Acute recurrent pansinusitis, R50.9 - Fever, unspecified, R09.81 - Nasal congestion																		
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 SORE THROAT , BODYPAIN , HEADACHE , EARACHE WITH SECRETIONS FROM EAR LOW GRADE FEVER GRADUAL ONSET AND LOWE GRADE 22/08/25 O/E : HYPEREMIC PHARYNX WITH COBBLESTONE APPEARANCE DRYORAL MUCOSA NASAL CONGESTION EAR CANAL FILLED WITH SWCRETION																		
العرض المرضية																				
CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>96374</td><td>Ther Proph/Dx Nxj Iv Push Single/1St Sbst/Drug</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>86140</td><td>C-Reactive Protein</td><td>Lab</td></tr><tr><td>85025</td><td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAZONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	96374	Ther Proph/Dx Nxj Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab	0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																		
9	Consultation Gp	General Consultation																		
96374	Ther Proph/Dx Nxj Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay																		
86140	C-Reactive Protein	Lab																		
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																		
0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy																		
النتائج السريرية																				
REMARKS	:	Enter Remarks																		
الملحظات																				

TREATING PHYSICIAN	:	DR Amaizah	
الطبيب المعالج			
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC	
المستشفى / العيادة			
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New ☐ Follow Up	CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



Dr. Amaizah Ishtiaq
General Practitioner
DHA: 98486553-001
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI - U.A.E

DATE: 23/08/2025

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. اية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

