CONSULTATION FORM

نموذج الإستشارة

Dear Doctor, for your prescription, you are kindly requested to fill the Prescription/Advice Form along with this form.

عزيزي الطبيب ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME **اسم المريض**	:	KAMAL JOSHI DWARILKA			
DATE OF BIRTH **تاريخ الميلد**	:	20-Jun-1990	**GENDER** **الجنس**	:	Male
CARD NBR **رقم البطاقة**	:	GC24-GG4C-DCD9-EDEA	**PAYER** **شركة التأمين**	:	NAS VN

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

نوع الحالة حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J03.90 - Acute tonsillitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, K29.00 - Acute gastritis without bleeding

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 الحالت المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS :

العراض المرضية

Complaint
No Complaints Found for Selected Appointment

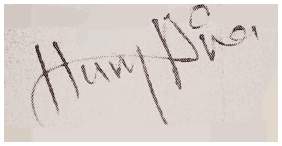
CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation
96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay
96367	Iv Infusion Ther Proph Addl Sequential To 1 Hr	Co.Pay
86768	Antibody Salmonella	Lab
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0002-116601-1001	Metronidazole [Concentrate For Infusion - 5mg/ml - 100.00 Liquids Bottle (x1)]	Pharmacy
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy
87070	Cul Bact Xcpt Urine Blood/Stool Aerobic Isol	Lab
85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab

	CPT Code	Treatment	Type
REMARKS : الملحظات	Enter Remarks		

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



Dr. Humaira Mumtaz
General Practitioner
DHA No: 54155530-002
CITICARE MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP
توقيع و ختم الطبيب

DATE: 04/10/2024
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 العلج الحالي أو السابق لي أو للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. اية صوره عن هذا التخويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد