



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	:	MUHAMMAD ADEEL QUDDOS	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	09-Jan-1992	GENDER : Male
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	12AI-I1E2-C2CI-2CDE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

DIAGNOSIS	:	L23.89 - Allergic contact dermatitis due to other agents															
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															
العراض المرضية		PC: ALLERGY															
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>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0437-122107-1021</td><td>Dexamethasone [Solution For Injection - 4mg/ml - 1.00 Liquids Vial (x10)]</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0005-111805-1021</td><td>Chlorohistol [Solution For Injection - 10mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x5)]</td><td>Co.Pay</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0437-122107-1021	Dexamethasone [Solution For Injection - 4mg/ml - 1.00 Liquids Vial (x10)]	Co.Pay	0005-111805-1021	Chlorohistol [Solution For Injection - 10mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x5)]	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type															
9	Consultation Gp	General Consultation															
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay															
0437-122107-1021	Dexamethasone [Solution For Injection - 4mg/ml - 1.00 Liquids Vial (x10)]	Co.Pay															
0005-111805-1021	Chlorohistol [Solution For Injection - 10mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x5)]	Co.Pay															
النتائج السريرية																	
REMARKS	:	Enter Remarks															
الملحظات																	

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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

Dr. Enomen Goodluck Ekata
General Practitioner
DHA No: 28040827-001
CITICARE MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DATE: 31/07/2024

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 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

