



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	:	AAKASH RAI SANJAY RAI		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	05-Jan-1998	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	TTR3-P1LM-VMVT-TVAE	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, J00 - Acute nasopharyngitis [common cold], J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, M62.81 - Muscle weakness (generalized)																										
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 COLD ACUTE RHINITIS																										
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>0006-124513-2071</td><td>Ventolin [Solution For Nebulization - 5mg/2.5ml - 2.50 Liquids Nebule (x20)]</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-111805-1021</td><td>CHLOROHISTOL 10MG</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>			CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	0006-124513-2071	Ventolin [Solution For Nebulization - 5mg/2.5ml - 2.50 Liquids Nebule (x20)]	Co.Pay	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																										
9	Consultation Gp	General Consultation																										
0006-124513-2071	Ventolin [Solution For Nebulization - 5mg/2.5ml - 2.50 Liquids Nebule (x20)]	Co.Pay																										
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																										
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																										
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																										
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																										
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy																										
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

CONSULTATION FEES :

Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



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

DATE: 06/08/2024

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

