

**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	: AYSIA SHIMONA ALMEIDA SAVIO ALMEIDA		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 03-Feb-1996	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: AAG8-GFE2-C2CE-8CDE	PAYER	: NAS - SR
رقم البطاقة		بيرة التأمين	

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

DIAGNOSIS : J01.40 - Acute pansinusitis, unspecified, R51.9 - Headache, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, J20 - Acute bronchitis, unspecified

التشخيص

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
		PC: Headache, fever, cough, nasal congestion and facial [ains
		Duration: 2days.
العراض المرضية		There is also chest pain and difficulty breathing.
		Exam: chest is clinically clear.

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>86140</td><td>C-Reactive Protein</td><td>Lab</td></tr><tr><td>85025</td><td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab
CPT Code	Treatment	Type												
9	Consultation Gp	General Consultation												
86140	C-Reactive Protein	Lab												
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab												
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 :
نوع الاستشارة		جديد	المتابعة	رسوم الاستشارة
				Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP		Dr. Enomen Goodluck Ekata General Practitioner DHA No: 28040827-001 CITICARE MEDICAL CENTER LLC DUBAI - U.A.E.	DATE: 18,
توقيع وختم الطبيب			التاريخ

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to r any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

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
رة منه. أية صوره عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد

