



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	:	KATE RHIANNON OPIE	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	19-Aug-1994	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	G1AG-1IE2-C2CE-ECDE	PAYER : NAS - EN CN GN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : L20.9 - Atopic dermatitis, unspecified, L40.2 - Acrodermatitis continua, E55.9 - Vitamin D deficiency, unspecified, E60 - Dietary zinc deficiency, E50.9 - Vitamin A deficiency, unspecified, L29.9 - Pruritus, unspecified

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: Exfoliation of the skin of the palms. Duration: 1 month (2/09/2024). There is associated mild itching, no pain. There is no history of recent contact with chemicals or irritants. Has had similar episodes for the past 10years but resolved during pregnancy 2 years ago only to recur now. Hand eczema suspected.

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	9	Consultation Gp	General Consultation
	N20-5585-05896-01	VITAMIN D3	Co.PAy
	83735	Magnesium	Lab
	84630	Zinc	Lab
	82785	Gammaglobulin Ige	Lab
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab

النتائج السريرية

REMARKS

: Enter Remarks

الملاحظات

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: 03/10/2024

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 العلاج الحالي أو السابق لي أو للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

