



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	: NITHISH KALIGOTA GANGADHAR KALIGOTA		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 25-Dec-2000	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: EI1K-8GE2-C2CE-FCDE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS : S01.21XA - Laceration without foreign body of nose, initial encounter, G89.11 - Acute pain due to trauma

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: Injury to the nose, following a fall. Duration: 30mins. Bleeding was significant but not associated with dizziness and no LOC. Exam: Avulsion of the left nasal ala from the roof of the mouth/floor of the nose.

CLINICAL FINDINGS	: <table> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> <tr> <td>96372</td> <td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0005-149902-1021</td> <td>CLOFEN</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> </table>	CPT Code	Treatment	Type	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	9	Consultation Gp	General Consultation
CPT Code	Treatment	Type											
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay											
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy											
9	Consultation Gp	General Consultation											
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 FEE

نوع الاستشارة جديد المتابعة رسوم الاستشارة



Dr. Enomen Goodluck Ekata
General Practitioner
DHA No: 28040827-001
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 العلاج الحالي أو السابق لي أو للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

