



## 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  | : KRISHAN LAL PARAMJIT SINGH |              |          |
| اسم المريض    |                              |              |          |
| DATE OF BIRTH | : 12-Aug-1993                | GENDER       | : Male   |
| تاريخ الميلاد |                              | الجنس        |          |
| CARD NBR      | : NM3N-M1MM-VMV1-TVAE        | PAYER        | : NAS VN |
| رقم البطاقة   |                              | شركة التأمين |          |

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : K29.00 - Acute gastritis without bleeding, K52.9 - Noninfective gastroenteritis and colitis, unspecified, R19.7 - Diarrhea, unspecified, R10.9 - Unspecified abdominal pain

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: Severe abdominal pain.  
Duration: 16hours.  
Began after eating a meal.  
Associated diarrhea but no vomiting.  
No fever.  
Diarrhea is not bloody and non mucus.

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

| CPT Code         | Treatment                                         | Type                 |
|------------------|---------------------------------------------------|----------------------|
| 96365            | Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr   | Co.Pay               |
| 9                | Consultation Gp                                   | General Consultation |
| 0102-111908-1001 | SODIUM CHLORIDE B.P.                              | Pharmacy             |
| 86677            | Antibody Helicobacter Pylori                      | Lab                  |
| 86140            | C-Reactive Protein                                | Lab                  |
| 85025            | Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count | Lab                  |
| 2190-106618-1001 | PARAFUSIV I.V. 10MG/ML                            | Pharmacy             |
| 0005-136504-1021 | SCOPINAL                                          | Pharmacy             |

| CPT Code         | Treatment                                   | Type     |
|------------------|---------------------------------------------|----------|
| 96375            | Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug | Co.Pay   |
| 0005-174202-0781 | RISEK 40MG                                  | Pharmacy |

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: 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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

## BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

