



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 ، لوصفك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME : VIHAAN VISHNU VISHNURAJEEV
 اسم المريض
 DATE OF BIRTH : 23-Nov-2019 GENDER : Male
 تاريخ الميلاد الجنس
 CARD NBR : I1KJ-IJ12-C2CG-GCDE PAYER : NAS - SRN WN
 رقم البطاقة شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : J03.90 - Acute tonsillitis, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R07.0 - Pain in throat

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: cough and cold symptoms,
 Duration: 3days.
 There is no fever.

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
النتائج السريرية	9	Consultation Gp	General Consultation

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 الستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الستشارة

Enter CONSULTATION FEES



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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

