



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	: CHAMATH KANCHANE NANAYAKKARA NANAYAKKARA KURUPPUGE	
اسم المريض		
DATE OF BIRTH	: 12-May-1995	GENDER : Male
تاريخ الميلاد		الجنس
CARD NBR	: R-000000262914886	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين

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

DIAGNOSIS	: J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R05 - Cough, M79.10 - Myalgia, unspecified site, R09.81 - Nasal congestion						
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: Body pains, dry cough, throat discomfort (says not pain), myalgia						
	Duration: 2days.						
CLINICAL FINDINGS	: <table> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> </table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation
CPT Code	Treatment	Type					
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
نوع الاستشارة	جديد المتابعة
CONSULTATION FEES	: Enter CONSULTATION FEES
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: 07/10/2024

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 كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

