



## 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  | : ABDUL ABED MOHAMMED |              |                |
| اسم المريض    |                       |              |                |
| DATE OF BIRTH | : 14-Dec-1982         | GENDER       | : Male         |
| تاريخ الميلاد |                       | الجنس        |                |
| CARD NBR      | : RL3T-LRLM-VMV3-RVAE | PAYER        | : NAS - RN,RN+ |
| رقم البطاقة   |                       | شركة التأمين |                |

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J45.20 - Mild intermittent asthma, uncomplicated, E78.5 - Hyperlipidemia, unspecified, I10 - Essential (primary) hypertension, E11.9 - Type 2 diabetes mellitus without complications, I20.9 - Angina pectoris, unspecified, K21.9 - Gastro-esophageal reflux disease without esophagitis

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, chest pain, generalized body pain and fever

Duration: 5days.

Known hypertensive and diabetic.

| CLINICAL FINDINGS | CPT Code | Treatment                                         | Type                 |
|-------------------|----------|---------------------------------------------------|----------------------|
|                   | 9        | Consultation Gp                                   | General Consultation |
|                   | 80061    | Lipid Panel                                       | Lab                  |
|                   | 82947    | Glucose Quantitative Blood Xcpt Reagent Strip     | Lab                  |
|                   | 85025    | Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count | Lab                  |

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 :

Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

## DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



Dr. Enomen Goodluck Ekata  
General Practitioner  
DHA No: 28040827-001  
CITICARE MEDICAL CENTER LLC  
DUBAI - U.A.E.

DATE: 08/10/2024

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. اية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

## BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

