



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 : FRANCIS NEO DECENA

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 09-Mar-1986

تاريخ الميلاد

CARD NBR : ERGE-91CC-DCDI-GDEA

رقم البطاقة

GENDER : Male

الجنس

PAYER : NAS - EN CN GN

شركة التأمين

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

نوع الحالة

حادة

مزمنة

موجودة مسبقا

إصابة

DIAGNOSIS : I20.9 - Angina pectoris, unspecified, K21.9 - Gastro-esophageal reflux disease without esophagitis, I10 - Essential (primary) hypertension, E11.9 - Type 2 diabetes mellitus without complications, J45.21 - Mild intermittent asthma with (acute) exacerbation, E78.5 - Hyperlipidemia, unspecified

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

RBS = 196mg/dl

العراض المرضية

PC: Chest pain, spreading to the back

Duration: 6hours.

No cough, no difficulty breathing and no fever.

Known hypertensive and diabetic on regular maintenance medications.

Smokes tobacco and takes alcohol.

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code

Treatment

Type

9

Consultation Gp

General Consultation

84484

Troponin Quantitative

Lab

85025

Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count

Lab

93000

Ecg Routine Ecg W/Least 12 Lds W/I&R

Co.Pay

0006-402803-2071

VENTOLIN NEBULES

Pharmacy

0188-135906-2441

PULMICORT

Pharmacy

94640

Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment

Co.Pay

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 FEE

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: 12/10/2024

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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

