



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	:	ROWENA LAPUT RANA		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	19-Sep-1985	GENDER	:
تاريخ الميلاد			الجنس	:
CARD NBR	:	RNN3-LRLM-VMVN-3VAE	PAYER	:
رقم البطاقة			شركة التأمين	:
			NAS - RN,RN+	

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

DIAGNOSIS : I10 - Essential (primary) hypertension, E78.5 - Hyperlipidemia, unspecified, K21.9 - Gastro-esophageal reflux disease without esophagitis, E11.8 - Type 2 diabetes mellitus with unspecified complications, I30.9 - Acute pericarditis, unspecified, R07.1 - Chest pain on breathing, M54.5 - Low back 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

RBS= 202mg/dl

For follow up and medication refill

العراض المرضية

Known hypertensive and diabetic.

Blood investigation showed hyperlipidemia and hyperglycemia.

Has history of ACS and on clopidogrel (previous prescription seen).

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
93000	Ecg Routine Ecg W/Least 12 Lds W/I&R	Co.Pay

النتائج السريرية

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 وختم الطبيب



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

DATE: 17/10/2024

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

