



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

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	: AMNEH YOUSEF		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 01-Jan-1996	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: C253-243F-EF37-7FAD	PAYER	: NAS - RN,RN+
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : E03.9 - Hypothyroidism, unspecified, R00.2 - Palpitations, R51.9 - Headache, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, D50.9 - Iron deficiency anemia, 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

العراض المرضية

Increasing and fast heart beat.

Duration: 2 days

A known hypothyroid patient (Hashimotors) on thyroxine 75mg.

Feels feverish also

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
93040	Rhythm Ecg 1-3 Leads W/Interpretation & Report	Co.Pay
83550	Iron Binding Capacity	Lab
83540	Iron	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
84439	Thyroxine Free	Lab
84436	Thyroxine Total	Lab
84480	Triiodothyronine T3 Total Tt3	Lab
84443	Thyroid Stimulating Hormone Tsh	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 وختم الطبيب



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

DATE: 22/10/2024

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

