

**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	:	SAUMYA DHARSHANI HERATH			
اسم المريض					
DATE OF BIRTH	:	30-Mar-1995	GENDER	:	Female
تاريخ الميلاد			الجنس		
CARD NBR	:	EK8A-IFE2-C2C8-JCDE	PAYER	:	N
رقم البطاقة			سيرة التأمين		

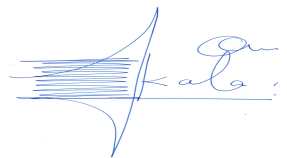
CASE INFORMATION	:	☐ ACUTE	☐ CHRONIC	☐ PRE-EXISTING	☐ INJURY
نوع الحالة		حادة	مزمنة	موجودة مسبقا	إصابة

DIAGNOSIS	:	J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, J45.991 - asthma, 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								
العراض المرضية		Cough since the past one week Duration: 1 week Associated chest pain while coughing. Headache (has history of migraine). She's known asthmatic, previously uses inhaler but stopped using 2years. Chest is clinically clear.								
CLINICAL FINDINGS	:	<table><thead><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr></thead><tbody><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr></tbody></table>			CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation
CPT Code	Treatment	Type								
9	Consultation Gp	General Consultation								
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 :
نوع الاستشارة		جديد المتابعة	رسوم الاستشارة
			Enter CONSULTATION FEES

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: 29,

التاريخ

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to r any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

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 رة منه. أية صوره عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

