



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	:	ALI ASHAR THAYYULLAH NASAR	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	27-May-1992	GENDER : Male
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	82FF-8JE2-C2CG-8CDE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

DIAGNOSIS	:	J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R51.9 - Headache, 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 PC: Popping sound on the left ear. Duration: 1 day (this morning) Also has chest pain (right side). There is no fever, no coughing, no SOB. Known hypertensive on diet control only. BP=153/110mmhg. DECLINED ECG DECLINED antihypertensive as well.									
العراض المرضية											
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> <tr> <td>93000</td> <td>Ecg Routine Ecg W/Least 12 Lds W/I&R</td> <td>Co.Pay</td> </tr> </tbody> </table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	93000	Ecg Routine Ecg W/Least 12 Lds W/I&R	Co.Pay
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									
الملاحظات											

TREATING PHYSICIAN	:	Enomen Goodluck
الطبيب المعالج		
HOSPITAL /CLINIC	:	CITICARE MEDICAL CENTER LLC
المستشفى / العيادة		
CONSULTATION DETAILS	:	☐ New ☐ Follow Up
نوع الاستشارة		جديد المتابعة
CONSULTATION FEES :		Enter CONSULTATION FEES
رسوم الاستشارة		



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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

DATE: 04/11/2024

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

