



## 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  | : YE MIN HTWE         |              |          |
| اسم المريض    |                       |              |          |
| DATE OF BIRTH | : 30-Nov-1991         | GENDER       | : Male   |
| تاريخ الميلاد |                       | الجنس        |          |
| CARD NBR      | : N65N-LNMM-VMV6-6VAE | PAYER        | : NAS VN |
| رقم البطاقة   |                       | شركة التأمين |          |

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R06.00 - Dyspnea, unspecified, R50.9 - Fever, 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

Chest pain, cough, sneezing and blocked nostrils.

Duration: 1day.

CLINICAL FINDINGS : CPT Code Treatment Type

##### النتائج السريرية

|                  |                                                  |                      |
|------------------|--------------------------------------------------|----------------------|
| 9                | Consultation Gp                                  | General Consultation |
| 0125-122107-1022 | DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE                   | Pharmacy             |
| 96372            | Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im    | Co.Pay               |
| 0005-149902-1021 | CLOFEN                                           | Pharmacy             |
| 86140            | C-Reactive Protein                               | Lab                  |
| 85025            | Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count | Lab                  |
| 0188-135906-2441 | PULMICORT                                        | Pharmacy             |
| 94640            | Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment  | Co.Pay               |

REMARKS : Enter Remarks

##### الملاحظات

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: 05/11/2024

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. اية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

