

**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	: DINUK MADUSANKA HEWA AMARAPPULIGE		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 15-Mar-1980	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: A2AK-AKE2-C2CK-8CDE	PAYER	: NAS - EN (
رقم البطاقة		ببركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	:	I10 - Essential (primary) hypertension, E78.2 - Mixed hyperlipidemia, R73.9 - Hyperglycemia, unspecified Other long term (current) drug therapy
-----------	---	--

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
		For medication refill.
		Known hypercholesterolemia.
		Recent report shows prediabetics.
		Nil fresh complaint today.

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS	:	<table><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr><tr><td>9.01</td><td>Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.</td><td>Gene Const</td></tr></table>	CPT Code	Treatment	Type	9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	Gene Const
CPT Code	Treatment	Type						
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	Gene Const						

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: 11,

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

