

**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	:	NAVEEN AKULA RAMESH AKULA	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	25-Jul-1997	GENDER : M
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	4CGG-CG4C-DCDC-IDEA	PAYER : N
رقم البطاقة			سيرة التأمين

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

DIAGNOSIS : J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, J01.10 - Acute frontal sinusitis, unspecified, J30.9 - Allergic rhin
unspecified, R50.9 - Fever, unspecified

التشخيص

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: Cough, nasal congestion, runny nose, and pain in neck (back side).
		There is also low grade intermittent fever.
		Not present during the time of this consultation and has not been on any medicines.
		Exam: Pharyngeal hyperemia noted.

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS	:	<table><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation
CPT Code	Treatment	Type						
9	Consultation Gp	General Consultation						
النتائج السريرية								

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

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: 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 للفراد المعالين من قبلي و
رة منه. أية صوره عن هذا التخويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

