

**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	:	MUSSADIQ HUSSAIN	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	08-Jul-1992	GENDER : Ma
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	LL5L-31MM-VMV6-5VAE	PAYER : NA
رقم البطاقة			بيرة التأمين

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

DIAGNOSIS	:	L02.612 - Cutaneous abscess of left foot, R52 - Pain, 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		PC: Recurrent pain and swelling on the sole of the left foot. Duration: 13/08/2024 (3months). Exam: chronic inflammation with cutaneous abcess measuring 1cm in diameter on the sole of the ri											
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 Consulti</td></tr><tr><td>10061</td><td>Incision&Drainage Abscess Complicated/Multiple</td><td>Co.Pay</td></tr></tbody></table>			CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consulti	10061	Incision&Drainage Abscess Complicated/Multiple	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type											
9	Consultation Gp	General Consulti											
10061	Incision&Drainage Abscess Complicated/Multiple	Co.Pay											
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 :

Enter CONSULTATION

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: 13,

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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

