



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 ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	:	SAMUEL KELVIN BONDZIE	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	20-Jan-1990	GENDER : Male
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	MLLM-NRLM-VMVP-6VAE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

DIAGNOSIS	:	M62.830 - Muscle spasm of back, G43.019 - Migraine w/o aura, intractable, without status migrainosus												
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												
العرض المرضية		co back pain headache 19th nov. 2024 oe chest is clear no added sounds restless advise rest for 2 days												
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>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type												
9	Consultation Gp	General Consultation												
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay												
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy												
النتائج السريرية														
REMARKS	:	Enter Remarks												
الملحظات														

TREATING PHYSICIAN	:	Humaira	
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

Humaira

Dr. Humaira Mumtaz
General Practitioner
DHA No: 54155530-002
CITICARE MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DATE: 22/11/2024

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

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

