



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	:	KULDIP SINGH LAKHA SINGH	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	01-Jan-1982	GENDER : Male
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	LRML-3NMM-VMV1-3VAE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

DIAGNOSIS	:	A09 - Infectious gastroenteritis and colitis, unspecified, B83.9 - Helminthiasis, 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		
العرض المرضية		PC: Diarrhea Duration: 3days (21/11/2024). Had 3 episodes of stools yesterday, said to have contained mucus and purulent substance, but no blood There is no blood in stool.		
CLINICAL FINDINGS	:			
النتائج السريرية				
		CPT Code	Treatment	Type
		82565	Creatinine Blood	Lab
		84540	Urea Nitrogen Urine	Lab
		9	Consultation Gp	General Consultation
		80051	Electrolyte Panel	Lab
		0439-152905-1001	LACTATED RINGER'S INJECTION USP	Pharmacy
		96360	Iv Infusion Hydration Initial 31 Min-1 Hour	Co.Pay
		86140	C-Reactive Protein	Lab
		85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
		87045	Cul Bact Stool Aerobic Isol Salmonella&Shigella	Lab
		87046	Cul Bact Stool Aerobic Addl Pathogens&Id Ea	Lab
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 :
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: 24/11/2024

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

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

