

**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	:	MUSHTAQ HUSSAIN ALI GHULAM	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	06-Sep-1967	GENDER : ♂
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	16ML-3NMM-VMVP-TVAE	PAYER : ♂
رقم البطاقة			بيرة التأمين

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

DIAGNOSIS : J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R06.00 - I 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
		For follow up and to tender investigation report.
		CBC report is essentially normal
		Patient is advised to continue current medication and complete them
		Still complaint of slight cough however.

العراض المرضية

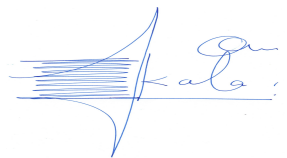
CLINICAL FINDINGS	:	<table><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr><tr><td>9.01</td><td>Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.</td><td>Gene Const</td></tr></table>	CPT Code	Treatment	Type	9.01	Free Follow-Up 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: 25,

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 صوره عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

