

**CONSULTATION FORM**

نموذج الإستشارة



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	: RASHID VAKKIYA PARAMBIL BEERANKUTTY		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 12-Dec-1996	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: EII8-KK12-C2C1-ECDE	PAYER	: NAS - SRN WN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	: J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R50.9 - Fever, 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: Nasal congestion, fever, and pain in throat.																		
	Duration: 2days (24/11/2024)																		
	Occasional cough that is dry.																		
	ENT: hyperemic pharynx.																		
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>86140</td><td>C-Reactive Protein</td><td>Lab</td></tr><tr><td>85025</td><td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type																	
9	Consultation Gp	General Consultation																	
86140	C-Reactive Protein	Lab																	
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab																	
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																	
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																	
النتائج السريرية																			
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 :

Enter CONSULTATION FEE

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: 26/11/2024

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 صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

