

**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	: PRASANNA ALPARA BALAKRISHNAN		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 04-Jun-1988	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: F2KI-FGE2-C2C8-ICDE	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, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified, J01.90 - Acute sinusitis, 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: Fever, genralized body pains, headacvhe and nasal congestion.												
	Duratin: 4days.												
	Also cough and sneezing.												
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>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	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
CPT Code	Treatment	Type											
9	Consultation Gp	General Consultation											
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 و ختم 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

