



## 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  | : | CLEMENT SAGOE       |                |
| اسم المريض    |   |                     |                |
| DATE OF BIRTH | : | 26-Jul-1994         | GENDER : Male  |
| تاريخ الميلاد |   |                     | الجنس          |
| CARD NBR      | : | 88KI-FIE2-C2C1-ECDE | PAYER : NAS VN |
| رقم البطاقة   |   |                     | شركة التأمين   |

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : R21 - Rash and other nonspecific skin eruption, C84.00 - Mycosis fungoides, unspecified site, L23.89 - Allergic contact dermatitis due to other agents

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

co ITCHING ON WHOLE BODY and groin area 2nd nov. 2024  
oe chest is clear no added sounds  
restless

| CLINICAL FINDINGS : | CPT Code         | Treatment                                                                   | Type                 |
|---------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|                     | 9                | Consultation Gp                                                             | General Consultation |
|                     | 96372            | Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im                               | Co.Pay               |
|                     | 0005-111805-1021 | Chlorohistol [Solution For Injection - 10mg/ml - 1.00 Liquids Ampoule (x5)] | Pharmacy             |

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

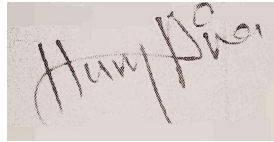
جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



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

DATE: 28/11/2024

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صوره عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

