

CONSULTATION FORM

Dear Doctor, for your prescription, you are kindly requested to fill the Prescription/Advice Form along with this form.

PATIENT INFORMATION

م بض	Ĵ١	ت	انا	سا

PATIENT NAME		: HABIB	YOUSSEF WAIS						
اسم المريض									
DATE OF BIRTH	: 18-Feb-1987		GENDER	:	Male	2			
تاريخ الميلد			الجنس						
CARD NBR		: AAAA-9I4C-DCDI-9DEA		PAYER	:	NAS	- SRN WN		
رقم البطاقة			شركة التأمين						
CASE INFORMATION		: CACUTE	CHRONIC	☐ PRE-EXISTING			□INJURY		
نوع الحالة		مزمنة حادة		موجودة مسبقا	إصابة				
DIAGNOSIS		J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, J11.1 - Flu due to unidentified influenza virus w oth resp manifest, J01.00 - Acute maxillary sinusitis, unspecified, R50.9 - Fever, unspecified							
التشخيص									
AETIOLOGY	: [Enter Aetiology							
لمسببات المرضية									
	(PI	ease indicate	the exact cause in cas	e of injuries and matern	ity-re	elate	d cases)		
	ومة)	لحالت المتعلقة بالمو	لمسبب الدقيق في حالة الصابات و ا	(الرجاء تحديد اا					
SYMPTOMS	:	Complaint							
		Represented;							
previously presented five days ago with fever and respiratory symptoms.									
	but still has fever and feels weak.								
العراض المرضية	was unable to go to work today.								
	Heavy smoker of tobacco 2 packs per day, that is 40 sticks per day								
	not hypertensive and not diabetic.								
	CBC and influenza test is advised								
CLINICAL FINDINGS	:	CPT Code	Treatment				Туре		
		9.01	Free Follow-Up Consultation Initial Consultation By A Ger	n Of The Same Diagnosis Within neral Practitioner.	7 Day	s Of	General Consultation		
		0125-122107- 1022	DEXAMETHASONE SODIUM	PHOSPHATE			Pharmacy		
النتائج السريرية		0005-149902- 1021	CLOFEN				Pharmacy		
		96372	Therapeutic Prophylactic/Da	x Injection Subq/Im			Co.Pay		
		86140	C-Reactive Protein				Lab		
		85025	Blood Count Complete Auto	&Auto Difrntl Wbc Count			Lab		
REMARKS	: [Enter Remarks							
الملحظات		Litter Nerliuins							
TREATING PHYSICIAN	N		: Enomen Goodluck						

https://irhamc.visionsoftwares.ae/mr_nas_print2.aspx?appld=55396&patld=55059

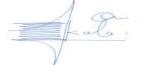
الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : O New O Follow Up CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES

رسوم الستشارة المتابعة جديد نوع الستشارة



Dr. Enomen Goodluck Ekata
General Practitioner
DHA No: 28040827-001
CITICARE MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DATE: 28/11/2024

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

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 العلج الحالي أو السابق لي أو للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. اية صوره عن هذا التخويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE توقيع المستفيد

