



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	:	KAMAL MIAH		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	10-Dec-1991	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	56LM-5MMM-VMVT-RVAE	PAYER	: NAS - EN CN GN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	:	L29.8 - Other pruritus, R21 - Rash and other nonspecific skin eruption		
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		
العرض المرضية		PC: swollen, redish and bumpy rashes. associated with severe pruritus. Duration: 1day. Began after consumption of Shrimps ans other sea foods		
CLINICAL FINDINGS	:			
النتائج السريرية				
		CPT Code	Treatment	Type
		96374	Ther Proph/Dx Njx Iv Push Single/1St Sbst/Drug	Co.Pay
		0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
		9	Consultation Gp	General Consultation
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 الستشارة		جديد	المتابعة	رسوم الستشارة
				Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

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

DATE: 30/11/2024

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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

