

**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 ، لوصفتك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	:	EAINDRAY KYAW		
اسم المريض				
DATE OF BIRTH	:	28-Jun-1999	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد			الجنس	
CARD NBR	:	JEGI-2KE2-C2CJ-ECDE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS	:	N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, R42 - Dizziness and giddiness, R11.10 - Vomiting, 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		Fever, generalized body pains, dizziness and vomiting. Also headache. Duration: 2days.																	
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>81001</td><td>Urnl Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy</td><td>Lab</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	81001	Urnl Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab
CPT Code	Treatment	Type																	
9	Consultation Gp	General Consultation																	
86140	C-Reactive Protein	Lab																	
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab																	
81001	Urnl Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab																	
الناتج 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



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

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

DATE: 04/12/2024

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. اية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

