



## 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 ، 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 | : | <input type="checkbox"/> ACUTE | <input type="checkbox"/> CHRONIC | <input type="checkbox"/> PRE-EXISTING | <input type="checkbox"/> 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                                                                                                          |                                                  |                      |
| العرض المرضية                                                                     |   | Fever, generalized body pains, dizziness and vomiting. Also headache.<br>Duration: 2days.                          |                                                  |                      |
| CLINICAL FINDINGS                                                                 | : |                                                                                                                    |                                                  |                      |
| النتائج السريرية                                                                  |   |                                                                                                                    |                                                  |                      |
|                                                                                   |   | CPT Code                                                                                                           | Treatment                                        | Type                 |
|                                                                                   |   | 9                                                                                                                  | Consultation Gp                                  | General Consultation |
|                                                                                   |   | 86140                                                                                                              | C-Reactive Protein                               | Lab                  |
|                                                                                   |   | 85025                                                                                                              | Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count | Lab                  |
|                                                                                   |   | 81001                                                                                                              | Urnl Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy    | Lab                  |
| REMARKS                                                                           | : | Enter Remarks                                                                                                      |                                                  |                      |
| الملحظات                                                                          |   |                                                                                                                    |                                                  |                      |

|                      |   |                             |                                 |                         |
|----------------------|---|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| TREATING PHYSICIAN   | : | Enomen Goodluck             |                                 |                         |
| الطبيب المعالج       |   |                             |                                 |                         |
| HOSPITAL /CLINIC     | : | CITICARE MEDICAL CENTER LLC |                                 |                         |
| المستشفى / العيادة   |   |                             |                                 |                         |
| CONSULTATION DETAILS | : | <input type="radio"/> New   | <input type="radio"/> Follow Up | CONSULTATION FEES :     |
| نوع الاستشارة        |   | جديد                        | المتابعة                        | رسوم الاستشارة          |
|                      |   |                             |                                 | 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: 04/12/2024

**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

