



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	: TARIQ AHMAD BHAT MOHAMMAD ANWAR BHAT		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 01-Jan-1993	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: P1RT-T1MM-VMV3-TVAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

DIAGNOSIS : L30.9 - Dermatitis, unspecified, J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R05 - Cough

التشخيص

AETIOLOGY :

للسببات 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

العراض المرضية

Complaint

Pruritic skin lesions.

located on the arms, abdomen and back

Exam: lesions demonstrate central clearing and active margin.

CLINICAL FINDINGS

النتائج السريرية

CPT Code

Treatment

Type

9

Consultation Gp

General Consultation

REMARKS

الملاحظات

TREATING PHYSICIAN

الطبيب المعالج

: Enomen Goodluck

HOSPITAL /CLINIC

المستشفى / العيادة

: CITICARE MEDICAL CENTER LLC

CONSULTATION DETAILS

نوع الاستشارة

: ☐ New

☐ Follow Up

جديد

المتابعة

CONSULTATION FEES :

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

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

DATE: 10/12/2024

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. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

