



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 : PENINAH NJAMBI KIARIE
 اسم المريض
 DATE OF BIRTH : 29-Sep-1990 GENDER : Male
 تاريخ الميلاد الجنس
 CARD NBR : 7ED4-523F-EFC4-EFAD PAYER : NAS VN
 رقم البطاقة شركة التأمين

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

DIAGNOSIS : I10 - Essential (primary) hypertension, R51.9 - Headache, unspecified, M54.5 - Low back pain
 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 والحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS : Complaint
 العراض المرضية

Recurrent headaches and dizziness.
 Known hypertensive on maintenance medications.
 BP today is elevated at 150/100mmhg
 However claims good compliance.

CLINICAL FINDINGS :
 النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
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 : Enter CONSULTATION FEES
 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: 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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

