

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

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	:	RUSLANI MELKONIAN	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	10-Oct-1991	GENDER : Male
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	AFEF-AFE2-C2C1-1CDE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

DIAGNOSIS	:	J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R07.0 - Pain in throat, R50.9 - Fever, unspecified, J30.9 - Allergic rhinitis, 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		PC: Headache, generalized body pains and fever. Duration: 2days, There is no cough, no pain in throat. Smokes tobacco over 15 sticks per day, does not take alcohol.																											
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>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAXONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0005-149902-1021</td><td>CLOFEN</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</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></tbody></table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab
CPT Code	Treatment	Type																											
9	Consultation Gp	General Consultation																											
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																											
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy																											
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																											
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																											
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																											
86140	C-Reactive Protein	Lab																											
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab																											
النتائج 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

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: 15/12/2024

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 كالصليبه

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

