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 اسم المريض	:	AAKASH RAI SANJAY RAI			
DATE OF BIRTH تاريخ الميلد	:	05-Jan-1998	**GENDER** الجنس	:	Male
CARD NBR رقم البطاقة	:	TTR3-P1LM-VMVT-TVAE	**PAYER** شركة التأمين	:	NAS VN

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

نوع الحالة

DIAGNOSIS : J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, J03.90 - Acute tonsillitis, unspecified, R06.00 - Dyspnea, 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 الحالت المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS :

العراض المرضية

Complaint
PC: still complaining of pain in throat, coughing and slight difficulty breathing.

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
9.01	Free Follow-Up Consultation Of The Same Diagnosis Within 7 Days Of Initial Consultation By A General Practitioner.	General Consultation
F67-5477-05016-01	VENTOLIN	Pharmacy
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay

REMARKS : *Enter Remarks*

الملحظات

TREATING PHYSICIAN : Enomen Goodluck

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ○ **New** جديد ○ **Follow Up** المتابعة **CONSULTATION FEES :** رسوم الستشارة *Enter CONSULTATION FEES*

نوع الستشارة

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: 17/12/2024

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 العلج الحالي أو السابق لي أو للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. اية صوره عن هذا التخويل تعتبر كالصليه

BENEFICIARY'S SIGNATURE
توقيع المستفيد