



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	: ABIN ODANIYAL SIBI SIBI ODANIYAL ABRAHAM		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 19-Nov-2000	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: C1AC-C94C-DCD4-GDEA	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, R05 - Cough, R50.9 - Fever, unspecified, J01.10 - Acute frontal sinusitis, unspecified

التشخيص

AETIOLOGY

لمسببات المرضية

: Enter Aetiology

(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

الاعراض المرضية

Complaint

PC: Fever, throat pain and generalized body pains.

Duration: 1 day.

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

REMARKS

الملاحظات

: Enter Remarks

TREATING PHYSICIAN

الطبيب المعالج

: Enomen Goodluck

HOSPITAL /CLINIC

المستشفى / العيادة

: CITICARE MEDICAL CENTER LLC

CONSULTATION DETAILS

نوع الاستشارة

: ☐ New

جديد

☐ Follow Up

المتابعة

CONSULTATION FEES :

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: 17/12/2024

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 كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

