



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	:	SACHIN RANA MAGAR	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	21-Oct-1993	GENDER : Male
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	RLNM-N6LM-VMVN-PVAE	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, N20.2 - Calculus of kidney with calculus of ureter, N10 - Acute pyelonephritis																					
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																					
الاعراض المرضية		PC: Pain in the left flank Duration: 1 day. No history of trauma, no pain on passing urine, character of pain is poorly described. Review of system: Cough since the past 4 days, and itching throat.																					
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>0005-149902-1021</td> <td>CLOFEN</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>85025</td> <td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count</td> <td>Lab</td> </tr> <tr> <td>86140</td> <td>C-Reactive Protein</td> <td>Lab</td> </tr> <tr> <td>81001</td> <td>Urns Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy</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	0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab	86140	C-Reactive Protein	Lab	81001	Urns Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab
CPT Code	Treatment	Type																					
9	Consultation Gp	General Consultation																					
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																					
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy																					
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																					
86140	C-Reactive Protein	Lab																					
81001	Urns Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	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
نوع الاستشارة		جديد المتابعة
CONSULTATION FEES :		Enter CONSULTATION FEES
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: 18/12/2024

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 كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

