



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	:	RASHID WASIL wasil khan	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	19-Jan-1989	GENDER : Male
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	LT6R-MTLM-VMVT-MVAE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	:	R07.9 - Chest pain, unspecified, R00.2 - Palpitations, J20.9 - Acute bronchitis, unspecified, R05 - Cough, E78.5 - Hyperlipidemia, unspecified, E78.01 - Familial hypercholesterolemia, Z83.42 - Family history of familial hypercholesterolemia																										
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: Recurrent cough (sometimes dry and occasionally productive) Duration: 3weeks. Dull aching chest pain (left side) since 3 days. Chest pain is associated with palpitations. Not hypertensive but has a history of hypercholesterolemia Has family history of hypertension, heart disease and hypercholesterolemia.																										
CLINICAL FINDINGS	:	<table> <thead> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>93000</td> <td>Ecg Routine Ecg W/Least 12 Lds W/I&R</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> <tr> <td>80061</td> <td>Lipid Panel</td> <td>Lab</td> </tr> <tr> <td>0188-135906-2441</td> <td>PULMICORT</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>94640</td> <td>Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment</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	93000	Ecg Routine Ecg W/Least 12 Lds W/I&R	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation	80061	Lipid Panel	Lab	0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy	94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab
CPT Code	Treatment	Type																										
93000	Ecg Routine Ecg W/Least 12 Lds W/I&R	Co.Pay																										
9	Consultation Gp	General Consultation																										
80061	Lipid Panel	Lab																										
0188-135906-2441	PULMICORT	Pharmacy																										
94640	Pressurized/Nonpressurized Inhalation Treatment	Co.Pay																										
86140	C-Reactive Protein	Lab																										
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab																										
النتائج السريرية																												
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

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: 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 للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

