



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	: QAMAR NADEEM WALI MUHAMMAD		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 01-Jun-1987	GENDER	: Male
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: A2FE-F8E2-C2CJ-2CDE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

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

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : M54.31 - Sciatica, right side, M47.897 - Other spondylosis, lumbosacral region, M54.5 - Low back pain

التشخيص

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: Low back pain,
duration; 6 days.
there is no fever, no history of trauma, no cough, no sorethroat and has no other complaints.
Pain radiates down the right lower limb, but there is no pins and needles and no numbness nor tingling.
Works as a delivery rider and has been stressed lately.
X-ray is advised.
Refer to othopedic surgoen

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
9	Consultation Gp	General Consultation
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrentl Wbc Count	Lab
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay

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 FEES

نوع الاستشارة

جديد

المتابعة

رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب



Dr. Enomen Goodluck Ekata
General Practitioner
DHA No: 28040827-001
CITICARE MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DATE: 19/12/2024

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 كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

